

Servicios Sociales y Política Social

Socio¿?Sanitario

105



Servicios Sociales y Política Social

Socio¿?Sanitario

105

Dirección / Editor-in-chief

Carmen Verde Diego. Profesora Titular de Trabajo Social en la Universidad de Vigo. Galicia. Vocal del Consejo General del Trabajo Social.

Administración-Coordinación / Administration-Coordination

Óscar Cebolla Bueno. Coordinación técnica de la revista.

Consejo de Redacción / Editorial Board

Ana Isabel Lima Fernández, Presidenta del Consejo del Trabajo Social. Directora de la Mancomunidad de Servicios Sociales Mejorada-Velilla. Madrid.
Manuel Gutiérrez Pascual, Tesorero del Consejo General. Trabajador social del Grupo 5. Acción y Gestión Social S.L. **MariCruz Vergillos Ramos**,
Gerente del Consejo General del Trabajo Social. **Carmen Verde Diego**, Profesora Titular de Trabajo Social en la Universidad de Vigo. Galicia. Vocal del
Consejo General del Trabajo Social. **Óscar Cebolla Bueno**. Coordinación técnica de la revista.

Consejo Científico Asesor / Scientific Advisory Committee

Gustavo García Herrero- trabajador social. Jefe de unidad de Alojamientos Alternativos en el Ayuntamiento de Zaragoza. **Trinidad Gregori**-
Coordinadora de movilidad de Trabajo Social. Universidad de Valencia. **Begoña García Álvarez**- trabajadora social en los Servicios Sociales de base de la
Diputación de León. Ana Hernández Escobar- trabajadora social y Directora de Firma Quattro. Trabajo Social S.L. **Agustina Hervás De La Torre**- Jefa de
Unidad de Trabajo Social sanitario del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. **Santa Lázaro Fernández**- Vicedecana de Ordenación Académica
de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Comillas. Madrid. **Francisco Lemus Carrillo**- trabajador social del IRIS. Madrid. **Manuel
Martín García**- trabajador social. Defensor del Ciudadano de Granada. **Miguel Ángel Martínez Murcia**- trabajador social del ámbito de educación.
Madrid. **Maria Asunción Martínez Román**- profesora titular de trabajo social en la Universidad de Alicante. **Alicia Montalvo Fernández**-
trabajadora social de la Dirección General de Coordinación de la Atención a la Dependencia. Madrid. **Enrique Pastor Seller**- trabajador social, licenciado
y Doctor en Sociología. Decano de la Facultad de Trabajo Social en la Universidad de Murcia. **Gregorio Rodríguez Cabrero**- profesor de la Universidad
de Alcalá del Departamento: Fundamentos de Economía e Historia económica (área sociología). **Eva María Del Pino Villarubia**- trabajadora social de
la Asociación Mujer S. XXII. Punto de encuentro familiar. Málaga. **F. Xavier Uceda-Maza**- trabajador social y sociólogo. Profesor Trabajo Social en la
Universidad Pública de Valencia. **Fernando Vidal Fernández**- profesor del Departamento de Sociología y Trabajo Social. Presidente de la Fundación
RAIS. **Antoni Vilà Mancebo**- licenciado en derecho y Doctor en pedagogía. investigador del Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (IGOP) de la
Universidad Autónoma de Barcelona. **José Manuel Barbero**- sociólogo y trabajador social. Profesor en la Universidad de Barcelona. **Alfredo Hidalgo
Lavie**- Doctor en ciencias políticas. Profesor contratado Doctor en la UNED. **Víctor R. Barril Testera**- trabajador social en el ámbito penitenciario.
Francisca Ramos Martín de Argenta-Jefa de Servicio del área de envejecimiento activo. IMSERSO.

Consejo científico asesor internacional / International Scientific Advisory Committee

Laura Elizabeth Acotto- trabajadora social. Presidenta Federación Internacional del Trabajo Social-América Latina y Caribe. **Maria Luisa Ibor
Arriagada**- Trabajadora Social. Jefa área psicosocial gerencia Hospital Clínico Mutual. Chile. **David Jones**- Expresidente de la FITS Mundial (2006-
2010). Trabajador social. Inspector Gubernamental- servicios para niños. Exdirector General de la Asociación Británica. **Klaus Khüne**- Profesor jubilado de
la BFH Universidad de Ciencias aplicadas de Berna (Suiza). Delegado de la FITS en las Naciones Unidas en Ginebra desde 2011. **Henry Parada**- Profesor
de la escuela universitaria de trabajo social de Ryerson (Canadá). **Cristina Martins**- trabajadora social, Presidenta de la Federación Internacional, Región
Europa. **Josefine Johanson**- Asesora Metodológica de Servicios Sociales (adiciones y salud mental). Comunidad de Sundbyberg. Estocolmo. **Charles
Mbugua**- Expresidente de la FITS Región África. Trabajador social de Kenia. Graziella Juste.

Edita / Editorial Management

Consejo General del Trabajo Social

Junta de Gobierno del Consejo General del Trabajo Social / CGTS Board

Presidenta: Ana Isabel Lima Fernández

Secretaría: Emilianita Vicente González

Tesorero: Manuel Gutiérrez Pascual

Vocales: Ana María Demetrio Pulido, Mª Amparo García Pertegaz, Juan José Gutiérrez Curras, Carmen Verde Diego.

Administración, redacción, suscripción y venta / Administration, editorial office, subscription and selling

C/ San Roque, 4 - 28004 Madrid Tel. 91 541 57 76 / 77

email: revista@cgtrabajosocial.es · www.cgtrabajosocial.es

Suscripción: suscripciones@cgtrabajosocial.es / Información. Reclamaciones: 902 070 853

Horario: De Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00 h

Imprime:

C&M Artes Gráficas

Tirada: 8.000 ejemplares

2º Cuatrimestre 2014

El Comité de Redacción no se identifica necesariamente con el contenido de los artículos publicados.

La revista Servicios sociales y política social se encuentra indexada en: IN-RECS, ISOC, DIALNET y Latindex.

ISSN: 1130-7633

Dep. Legal: M-16020-1984

Primera publicación nº 0, año 1984

Sumario / summary

Artículos/Articles

Sistema de Protección Social: la Salud
Agustina Hervás de la Torre 11-21

Aplicaciones y demanda de la gestión de caso en España
Demetrio Casado Pérez 23-32

La gestión de caso. Conceptualización, contexto y presencia social actual
Cristina Rimbau Andreu 33-44

Tres momentos en la historia de la Asistencia Psiquiátrica y el Trabajo Social en Madrid
Cristina Alonso Salgado y Marisa Pérez Pérez... 45-60

Coordinación sociosanitaria desde la atención social primaria/unidad de trabajo social del Sistema de Servicios Sociales
M^a Isabel López Serrano 61-73

Conectado@s. ¿Qué piensas de la creación de un subsistema Socio-Sanitario?
Carmen Verde Diego (Coordinadora) 75-85

El método de la construcción del consenso. Una herramienta participativa de toma de decisiones para la gestión creativa de conflictos
Daniel Buraschi y María José Aguilar Idáñez 87-103

Intervención psicosocial: un estudio sobre el afrontamiento parental ante la discapacidad
Lorena Fernández Rodríguez, Carmen Verde Diego y Antonio López Castedo 105-117

En abierto/Public

Líneas de debate entorno al modelo sanitario y social
Consejo General del Trabajo Social 120-122

Extracto de la Asamblea General Extraordinaria del Consejo General del Trabajo Social 123-124

Nos interesa/On our interest

El rey Felipe VI recibe al CGTS 126

Queda desierta la convocatoria 2013 del premio Ana Díaz Perdiguero 126

El Consejo promueve una estructura colegial para fomentar la mediación 127

El Consejo General participó en el I Congreso Internacional de Facultades y Escuelas de Trabajo Social celebrado en la Universidad de Murcia 128-129

El Consejo acogió del 16 al 18 de mayo la reunión de Delegados de la FITS Europa 130

El CGTS acudió al III Congreso de Servicios Sociales de Portugal 130

Nace la Alianza Europea del Trabajo Social frente a la crisis 131

Rory Truell: "La marea naranja se debería propagar inmediatamente por todo el mundo" 132-133

Los retos del Trabajo Social en Europa ... 134-136

El Consejo General participó en la Asamblea anual de socios de la Red Española del Pacto Mundial 136

La Presidenta del CGTS, Ana Lima, recibió el premio de la FITS a la trayectoria profesional y dedicación al Trabajo Social 137

Los Colegios y el Consejo forman un grupo de trabajo para elaborar propuestas a la coordinación sociosanitaria que prepara el Imsero 137

Sumario / summary

El CGTS viajó a Australia para participar en la
Conferencia Mundial Conjunta sobre Trabajo
Social, Educación y Desarrollo Social..... **138-139**

Reseñas/Reviews

Los Servicios Sociales en España
Miren Edurne Ariño Altuna..... **142-143**

Entreparadas
Rubén González Rodríguez..... **144-146**

Filosofía Zombi
Óscar Cebolla Bueno **147**

El Último Europeo. Imperialismo, xenofobia y
derecha radical en la Unión Europea
Alfonso Serrano **148-149**

Normas de publicación **150**

Desde mediados de 2012 el Consejo de Redacción de la revista ya tenía en mente la elaboración de un número dedicado al trabajo social y la salud, englobado en el polémico término: sociosanitario. Este espacio intermedio donde el modelo Social y el Sanitario conforman un único lecho en la intervención sobre el paciente/usuario.

Diez años antes, a finales de 2003 la revista editaba dos números sobre el trabajo social y la salud, mostrando que este ámbito ha sido, y sigue siendo, un campo donde la profesión siempre ha reivindicado su espacio.

Hoy, se debate la necesidad de definir qué se entiende por ESPACIO y qué entendemos por COORDINACIÓN, así como la de recoger buenas prácticas. En este ámbito existen voces que niegan la existencia de este espacio, o bien miran hacia otro lado cuando ambos sistemas se entrecruzan. Es por ello que el título de este número tenga en medio, precisamente, una interrogación: socio¿?sanitario, que marca el punto de partida de este debate histórico.

Además, nos encontramos en una situación muy delicada, ya que los recortes están haciendo llegar medidas tendentes a limitar la accesibilidad al Sistema Sanitario Público, así como el abandono de la universalidad de la atención sanitaria por un sistema de seguros clínico privado. Entendemos que con la salud de las personas, con sus derechos, no se debe jugar y que las sociedades igualitarias deben tender a consolidar políticas sociales universales y públicas para todos sus ciudadanos y ciudadanas, y no sólo para aquellos y aquellas que pueden pagar ese modelo mercantilista que prima el dinero por encima de la salud.

Por otro lado, también nos encontramos con el déficit histórico de universalidad en el Sistema Público de Servicios Sociales y la cuestionable aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia donde el copago puede tomar un gran protagonismo, tanto de manera directa, como en la fórmula del “cheque – servicio”. Además podemos añadir a esta complejidad la denominada “Reforma Local” que cuaja de incertidumbre el futuro de los Servicios Sociales Municipales.

Desde el Consejo General del Trabajo Social consideramos que es imprescindible y necesaria la coordinación entre el Sistema Público de Servicios Sociales y el Sistema Público de Salud y por ello se ha creado una comisión profesional de trabajo, compuesta por representantes de los Colegios Oficiales, de la asociación Trabajo Social y Salud y por el propio Consejo General del Trabajo Social para trabajar en la elaboración de un documento marco que debe recoger en todo caso:

- La importancia del trabajo social en la coordinación sociosanitaria.
- El desarrollo de la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia dentro del Sistema de Servicios Sociales.

- El modo en cómo debe desarrollarse la metodología de la Gestión de Casos.
- La especialización en trabajo social sanitario.

En este número damos cabida a artículos que enmarcan esta cuestión, desde lo general, a lo específico: la situación actual del Sistema, la gestión de caso, la coordinación desde lo social. Esperamos que pueda al menos abrir frentes sobre un debate que siempre ha sido vital desde el punto de vista profesional.



Artículos

Articles

Servicios Sociales y Política Social

Socio¿?Sanitario

105

Sistema de Protección Social: la Salud

Agustina Hervás de la Torre

Resumen

¿Los sistemas de protección actuales cubren las necesidades sociales y sanitarias de la población? ¿Es necesario hacer un sistema nuevo o ampliar las coberturas de los ya existentes? ¿La atención sociosanitaria que proponen las diferentes administraciones da respuesta a esta situación? Son preguntas de difícil respuesta pero que tratan de analizarse en este artículo siguiendo las propuestas de la CCAA y del Ministerio.

La coordinación sociosanitaria es una necesidad manifiesta que debe garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios. El beneficiario de esta atención ha de ser la persona y es necesario definir claramente los perfiles de aquellas personas que necesitan una **atención sociosanitaria de mayor intensidad** en los que se precisa una **continuidad asistencial asegurada** mediante el compromiso de las administraciones. Para lo que es necesario la creación de Comisiones Sociosanitarias formadas por profesionales de la salud (Medicina, Enfermería y Trabajo Social Sanitario) y trabajadores sociales de los Servicios Sociales. La definición de instrumentos de trabajo consensuados y la definición de una cartera de servicios que apoyen la permanencia de estas personas en su entorno, así como las estancias residenciales en los momentos y casos precisos. El sistema sanitario y el de servicios sociales mantienen una posición privilegiada para la detección de **personas con necesidades sociosanitarias de mayor intensidad** y por tanto son los sistemas principales en la gestión de esta atención.

Palabras clave

Atención sociosanitaria, continuidad asistencial, trabajo social y gestión compartida de casos.

Abstract

Do current protection systems cover social and health needs of the population? Is it necessary to make a new system or expand existing coverage? Does the social care proposed by the various governments respond to this situation? These questions are difficult to answer, but they try to be analyzed in this article following the proposals of the CCAA and Ministry.

The care coordination is a clear need, which must ensure integrated health and social services provision. The recipient of this attention has to be the person and it's necessary to clearly define the profiles of those who need a more intensive health and social care in an insured continuity of care required by the commitment of the government. It is therefore necessary to create Health and Social Care Committees composed of health professionals (Medicine, Nursing and Health Social Work) and social workers from Social Services. The definition of work agreed instruments work and a portfolio of services must be defined, thus supporting the permanence of these people in their environment and residential stays at such times and specific cases. The health and social services systems maintain a privileged position to detect persons with social and health needs of greater intensity and are therefore the major systems in the management of this care.

Keywords

Health and social care, continuity of care, social work and shared case management.

Agustina Hervás de la Torre

Diplomada en Trabajo Social. Licenciada en Sociología
Jefa Unidad de Trabajo Social Sanitario Hospital Universitario
V. Macarena-V. del Rocío. Sevilla. Presidenta Asociación Española
de Trabajo Social y Salud (AETSYS)



Introducción. Sistemas de Protección Social

Pere Oriols (2002) considera que la Protección Social constituye un mecanismo de redistribución que trata de minimizar los efectos negativos generados por la organización social capitalista, que pone en la margen a una parcela importante de la población. En esta línea podríamos decir que la Protección Social es el conjunto de instrumentos utilizados por el Estado con el objetivo de promover y mejorar el bienestar social.

Compartiendo esta misma visión, el Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social (SEEPROS) define la Protección Social como todas las actividades de organismos destinadas a aligerar las cargas que representan para los hogares e individuos una serie determinada de riesgos o necesidades, siempre que no haya un acuerdo simultáneo ni recíproco, ni individual. Esta definición da lugar a una clarificación de lo que sería el conjunto de medidas para la calidad de vida.

Según Navarro y Quiroga (en Fernández Donato 2005), la Protección Social debe incluir las siguientes funciones:

- *Enfermedad y atención sanitaria*: actividades relacionadas al mantenimiento de la salud y al tratamiento de enfermedades.
- *Invalidéz*: prestaciones de mantenimiento de la renta y las ayudas en efectivos o en servicios relacionados a atención de las personas con disminución de sus capacidades físicas o psíquicas.
- *Vejez*: prestaciones de jubilación y ayudas dinerarias o en servicios relacionados con la vejez.

- *Supervivencia*: incluye las prestaciones por viudedad y orfandad y las ayudas en efectivo o en servicios relacionados con la muerte de un miembro de la familia.
- *Familia e hijos*: prestaciones en efectivo o servicios de atención al embarazo, nacimiento, adopción y maternidad.
- *Paro*: mantenimiento de una renta mínima para los parados y servicios relacionados con la situación de paro.
- *Vivienda*: financiación de la vivienda.
- *Exclusión social no clasificada en otros apartados*: mantenimiento de renta y otros servicios relacionados con la lucha contra la exclusión social.

El acceso a un nivel adecuado de protección social es un derecho fundamental de todos los individuos, reconocido por Naciones Unidas, por diferentes Normas Internacionales y en nuestro país por la Constitución. Además la protección social es considerada como un instrumento para la promoción del bienestar humano y el consenso social, que favorece la paz social y por lo tanto mejora el crecimiento equitativo, la estabilidad social y el desempeño económico.

Un Sistema de Protección Social es un conjunto específico de normas, que apoyadas por una o varias unidades institucionales, rigen el suministro de prestaciones sociales y su financiación.

Por tanto el Sistema Sanitario Público que recoge las actuaciones de las diferentes administraciones estatales y autonómicas, en virtud de sus competencias en materia sanitaria, es el sistema de

protección que presta la atención sanitaria para el mantenimiento de la salud y el tratamiento de la enfermedad.

Hasta ahora las diferentes funciones de la protección social han venido definiendo distintos sistemas de protección que han actuado como “compartimentos estancos”. Cada día se hace más necesario que el conjunto de medidas que cada uno de esos sistemas ha normativizado estén coordinadas entre sí, para que no existan brechas en su aplicación y sean en verdad un conjunto de medidas para la calidad de vida de las personas.

1. La protección a la salud actual. ¿Un nuevo sistema, ampliación de coberturas del sistema, coordinación entre sistemas?

La evolución del concepto de salud en función del momento histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos, es bien conocida por todos. En el momento actual además se quiere observar un plano integrador de la sociedad y el hombre para ese concepto de salud.

En esta línea oímos como se habla de: coordinación sociosanitaria, atención sociosanitaria, espacio sociosanitario, estrategia sociosanitaria, nombres que desde hace unos años están en el vocabulario de profesionales, políticos, medios de comunicación y población en general. Hasta el punto que se define como un nuevo objetivo a conseguir por parte de los diferentes sistemas de protección. ¿O habría que hacer un sistema de protección nuevo?

Desde el punto de vista de los profesionales del Trabajo Social, tanto de salud como de servicios

sociales y de otras áreas de intervención social, lo realmente novedoso es precisamente eso, que se hable de coordinación sociosanitaria fuera de nuestro ámbito profesional.

Recordemos que el trabajo social es la atención a las personas que tienen dificultades para atender los requerimientos de la vida cotidiana y que se resumen en falta de recursos económicos, falta de vivienda, falta de salud y falta de relaciones sociales. (Ituarte, 2012). Y que nuestra intervención social para la atención de estas personas la realizamos mediante la escucha, la observación, la información y el acompañamiento de dichas personas en la toma de decisiones que van a dar solución, total o parcialmente, a sus problemas. Con todo ello los preparamos para que puedan recuperar la organización de su vida, mediante la utilización de sus propios recursos y los apoyos externos que puedan necesitar. Esta intervención social implica superar el binomio necesidades – recursos y se realiza mediante la Coordinación Sociosanitaria utilizando la metodología de Gestión de Casos. (Hervás de la Torre, A. 2014).

Pero ¿que es lo que está haciendo que se hable de coordinación sociosanitaria para la atención a la salud, en otros sectores profesionales y políticos? Pues, la propia evolución de la sociedad, que conlleva cambios en sus necesidades, siendo lo que antes era demanda de unos pocos ahora necesidad de muchos. Esta evolución social es la idea sobre la que se argumentan los documentos que hablan de coordinación sociosanitaria. Pero no se habla de otras cuestiones que también están incidiendo en ello y que están referidas a la falta de adaptación de los sistemas de protección. Hemos vivido un proceso de desinstitucionalización en la atención sanitaria y social, trasladando esta al ámbito comunitario y priorizando el domicilio

como área de intervención con la persona y su familia. Siguiendo esta línea, el sistema sanitario ha evolucionado hacia una superespecialización en la atención de los procedimientos agudos, las estancias hospitalarias se reducen cada vez más y en este camino se ha centrado la atención en la patología, perdiéndose la visión de otros factores de carácter social que pueden estar condicionando dicha patología. Se ha perdido la visión social de la medicina y el sistema pierde eficacia cuando tiene que prestar atención a la enfermedad crónica en los momentos en que esta requiere intervenciones sanitarias de baja intensidad. A todo esto hay que unirle la situación económica que vivimos desde hace años, que impone la contención del gasto público en todos los sistemas y sobre todo en el sistema sanitario que hasta ahora ha sido de atención universal.

Bien, es el momento de saber de qué estamos hablando, cómo se define la coordinación sociosanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: "la necesidad de una acción intersectorial, es decir, la acción en la que el sector salud y los demás sectores pertinentes colaboran para el logro de una meta común mediante una estrecha coordinación de las contribuciones de los diferentes sectores."

En nuestro país La ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, define la prestación sociosanitaria, que no la coordinación sociosanitaria, como "la atención que 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."

En estas dos acepciones encontramos una gran diferencia, la OMS habla de coordinar acciones entre sistema de **salud y los demás sistemas pertinentes**, mientras que la norma española solo habla de actuaciones sinérgicas entre servicios de salud y sociales y además las centra en un grupo poblacional, los enfermos crónicos.

De esta manera y a mi modo de ver, podrían quedar fuera de esta normativa las sinergias necesarias para trabajar la inserción laboral de los enfermos mentales, que requieren coordinación sociosanitaria entre el sistema de salud y el de empleo, o las sinergias necesarias para atender a personas con dificultades de movilidad que requieren coordinación entre el sistema sanitario, servicios sociales y vivienda, o aquellas necesarias para atender a los menores con enfermedad crónica que han de integrarse en el sistema educativo. Estos son algunos ejemplos de la coordinación sociosanitaria en la que trabajamos los trabajadores sociales.

2. Qué opinan las Comunidades Autónomas

Basándose en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS y dada la creciente necesidad social y, seamos claros, la presión de los sistemas sanitarios, todas las Comunidades Autónomas y el propio Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad han definido el Espacio Sociosanitario, el Modelo Sociosanitario, la Atención Sociosanitaria, o la Coordinación Sociosanitaria.

Todas las CCAA han desarrollado normativas, planes y programas que hacen alusión a la coordinación sociosanitaria en sus territorios, pero sólo siete ponen en marcha planes específicos, incluso

algunas destacan la unificación de las funciones del sistema sanitario y el social en una sola Consejería como parte del plan.

También todas las CCAA han desarrollado iniciativas para la coordinación sociosanitaria, aunque estas son muy variadas, incluso a la ordenación territorial para la concordancia entre los mapas sanitario y social se le considera como estrategia de coordinación sociosanitaria, aunque esta organización sea exclusivamente para una enfermedad específica.

En algunas se han creado estructuras formalizadas para fomentar la coordinación (coordinador sociosanitario, comisión sociosanitaria, gestor de casos), si bien en tres se crean para la atención de personas con enfermedad mental.

Como podemos ver toda una amalgama de iniciativas, normativas y estructuras, que a mi modo de entender están creando desigualdades de atención en la población. No hay unas directrices mínimas claras y cada comunidad autónoma ha tomado sus propias orientaciones.

Pero sí existen recomendaciones de diversas organizaciones a cerca de como orientar e implementar la coordinación sociosanitaria. Así por ejemplo la EHMA (European Health Management Association), a la que pertenecen 170 instituciones de mas de 30 países y cuyo objetivo es aumentar la capacidad y mejorar la calidad de la gestión de salud en Europa, creó una red de investigación CARMEN, (Care and Management of Services for Older People in Europe Network) para explorar los sistemas sociosanitarios de atención en países de la Unión Europea. Tras este estudio la organización emitió unas conclusiones e hizo las recomendaciones siguientes, como factores

de éxito para organizar y asegurar la calidad de la prestación integrada:

1. La atención y los servicios deben apoyar el “entorno vital” de las personas.
2. Deben combinar las tareas de los profesionales con las de los cuidadores no profesionales y voluntarios.
3. Se necesita interconexión y combinación de servicios dentro de las organizaciones.
4. Coordinación entre los servicios prestados por distintos proveedores.
5. Es preciso un marco o sistema asistencial compartido.

Ante estas recomendaciones M^a Jesús Breznes (2006) refiere:

1. El *“Apoyo al Entorno Vital”* implica ayudar a las personas a experimentar su identidad personal y su proyecto de vida, teniendo en cuenta sus competencias personales, sus recursos y su red natural. Esto es esencial sean cuales sean sus necesidades.
2. La *“Combinación de tareas de cuidadores profesionales, no profesionales y voluntarios”* requiere asignar adecuadamente todas las tareas necesarias a los profesionales o servicios, manteniendo un dialogo equilibrado con la persona y sus cuidadores no profesionales.
3. La *“Conexión y combinación de servicios dentro de las organizaciones”* precisa coordinación y cooperación en el uso de la información

y las tecnologías para poder valorar y evaluar el trabajo.

4. La “*Coordinación de servicios proporcionados por distintos proveedores*” necesita que los objetivos, la información, los criterios de evaluación y la orientación de la persona estén conectados y lleguen a las diferentes organizaciones sociales y sanitarias.
5. El “*Sistema asistencial compartido*” precisa un mismo sistema financiero, normas legales y estándares de calidad de atención.

Las CCAA que han puesto en marcha estructuras de coordinación sociosanitaria, parece que responden a estas recomendaciones. Coinciden en la creación de una Comisión Sociosanitaria Comunitaria (Extremadura), Equipos de Coordinación de Base (Castilla y León), Comisión Interdisciplinar Mixta Sociosanitaria (CIMSS-Cataluña). En definitiva un **equipo interprofesional** que **conexiona y combina los servicios** dentro de las organizaciones y actúa desde la base asistencial **apoyando el entorno vital** de la persona.

Este equipo utiliza una metodología de trabajo única, mediante la **Gestión Compartida de Casos**. De esta manera se identifican las personas con necesidades de atención, la entrada y salida del proceso, se definen las tareas de cada profesional participante y como se tienen que **combinar con las tareas de los cuidadores**, así como cual va a ser la **implicación de los diferentes proveedores**. Dentro del equipo se define quien va a ser el profesional referente, o el Gestor del Caso.

Sólo la Comunidad Catalana ha definido además un **sistema asistencial** liderado y financiado por el *Servei Català de la Salut*.

Es importante reseñar que en las diferentes experiencias iniciadas los equipos de trabajo están formados por profesionales de los Equipos de Atención Primaria de Salud y de los Equipos de Servicios Sociales Comunitarios, formalmente designados y aprobados por las direcciones y gerencias de las instituciones sanitarias y sociales. A lo largo de estos años de experiencia, estos equipos han consensuado que los Trabajadores Sociales Sanitarios y los Trabajadores Sociales de Servicios Sociales son los profesionales idóneos para llevar a cabo las tareas que tienen que ver con la coordinación sociosanitaria.

En Cataluña en los inicios de los CIMSS, solo el 12% de los profesionales eran trabajadores sociales, en 2006 ya llegaban al 60%, paulatinamente las instituciones representadas han ido designando a los profesionales de trabajo social como miembros de los CIMSS por ser los mas preparados e implicados en el tema sociosanitario (Codinach, 2006).

Ademas consideran que la Atención primaria de Salud debe tener un papel vertebrador de coordinación y de integración en el proceso de atención sociosanitaria, acordando pautas de atención comunes con el resto de servicios implicados (Rodríguez Molinet, Rocabayera Andreu. 2005).

Por su parte la Sociedad Castellano Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria en su trabajo “Atención Primaria: Un modelo de Atención Sociosanitaria”, defiende que los equipos de Atención Primaria son en si mismos equipos sociosanitarios, ya que su cartera de servicios incluye también atenciones y prestaciones sociales. En su planteamiento consideran que la figura de enlace con los Servicios Sociales es el Trabajador Social del Equipo de Salud. (Breznes Nieto, 2005).

3. Qué opina el Ministerio

Como dije anteriormente las comunidades han tomado sus propias orientaciones sobre el tema sociosanitario sin que exista una normativa de base y es ahora cuando el Ministerio y sus dependencias toman cartas en el asunto para dictar normas mínimas. Así el Consejo Asesor de Sanidad ha elaborado un Informe de Atención Sociosanitaria (2013) y el IMSERSO está preparando una propuesta para una estrategia de Atención y Coordinación Sociosanitaria (aún en borrador). Veamos cual es el planteamiento de cada uno.

El Consejo Asesor plantea sus propuestas en la coordinación de servicios sanitarios y sociales (sólo sanitarios y sociales como indica la Ley de Cohesión y Calidad del SNS) en función de criterios de continuidad asistencial y trabajo en red, pero centra sus estrategias en la atención en unidades de media y larga estancia ya que así, afirma, se pueden conseguir ahorros para el sistema, “en especial para los hospitales de agudos, en los que se están produciendo estancias prolongadas con el consiguiente incremento de costes e inadecuados resultados en la actividad asistencial”. Además considera que la gestión de casos es el instrumento para llevar a cabo esta coordinación y la enfermera es la figura profesional de especial importancia para ello porque centra su enfoque en el paciente y no en la enfermedad, también hace especial mención a la atención integral insistiendo que esta abarca el sector público y el privado.

Con estas premisas está claro que el Consejo Asesor al elaborar sus propuestas, no piensa en la persona, sino en los beneficios del sistema sanitario, no centra el trabajo en la gestión de casos sino en la gestión de cuidados, Hunter afirma que la gestión de cuidados (care manage-

ment o managed care) está diseñada para evitar o acortar la hospitalización y reducir sus costes (en Hervás de la Torre, 2014). Y plantea además una concepción diferente a la de los profesionales sobre lo que es la atención integral, confundiendo esta con la atención proporcionada por diferentes proveedores.

Si continuamos revisando dicho documento podemos observar que se identifican muy bien las patologías y las situaciones sanitarias subsidiarias de esta atención “sociosanitaria”, pero en ningún momento se identifican los problemas sociales que se deben sumar a esas dificultades sanitarias, porque las personas con pluripatología y enfermedades crónicas de larga evolución, si no tienen problemas sociales añadidos, solo requieren atención sanitaria para su patología. De igual manera ocurre con:

- Personas con demencias avanzadas o con algún trastorno cognitivo de tipo crónico que requieran cuidados sanitarios complejos.
- Personas que sin patología previa relevante sufren un proceso, que, superada la fase aguda, causa incapacidad grave potencialmente reversible.
- Personas que tras una intervención quirúrgica o un proceso agudo sufren un cuadro clínico que requiere estabilización o una cierta intensidad terapéutica compleja, curas y/o alguna exploración complementaria antes de volver al domicilio.
- Paciente geriátrico frágil.
- Personas con enfermedades avanzadas sin expectativas de curación y con un pronóstico

de vida limitado que requieren un tratamiento sintomático y confort.

- Personas que necesiten cuidados y curas de enfermería, o administración de medicamentos que requiere técnicas de enfermería, o tratamientos preventivos complejos.

Estas personas, si no tienen problemas sociales añadidos, solo requieren cuidados sanitarios complejos, rehabilitación funcional, estabilización de su cuadro clínico, curas de enfermería, tratamiento clínico para paliar síntomas, en definitiva **cuidados sanitarios**. Y si ocurriera que a estas personas se les prestan cuidados sociosanitarios sin definir las problemáticas sociales añadidas, caeríamos en una discriminación en la atención al resto de personas que tienen otras patologías no definidas en ese listado.

Es de destacar que en este mismo informe se hacen recomendaciones sobre prevención de patologías y promoción de la salud.

El IMSERSO por su parte está preparando una propuesta para una estrategia de Atención y Coordinación Sociosanitaria, que en este momento aún es un borrador. Plantea cinco puntos a tratar: perfil de la persona a atender, catálogo de servicios, requisitos básicos comunes, instrumentos de coordinación y sistemas de información compartida. También habla de cómo debería ser la financiación pero de manera muy amplia.

Con respecto al perfil de la persona a atender establece nueve grupos y define bien las situaciones clínicas (muy similares a las descritas en el informe del Consejo Asesor, aunque añade un grupo de menores y adolescentes con discapacidad), pero además, considera que las personas de cada uno

de los perfiles sanitarios pueden padecer problemas sociales de forma independiente a su proceso patológico/funcional. Estos problemas deben ser tratados o atendidos de forma coordinada con la atención social que se requiera según ese perfil sanitario. Los principales problemas sociales están relacionados con:

- El soporte familiar y social: capacidad del cuidador y su entorno.
- La convivencia/núcleo familiar y sus niveles de relación.
- Las condiciones de la vivienda.
- La situación económica.
- La disponibilidad de los recursos asistenciales necesarios.

En referencia a la cartera de servicios, considera que estos deben de servir de apoyo a la permanencia del paciente en su contexto sociofamiliar y deben ser agregados de prestaciones incluidas en los respectivos catálogos y carteras del sistema social y sanitario, si bien aplicadas de forma coordinada, simultánea y estable. Habla de equipos de soporte en domicilio, no especificando que profesionales los deben de formar, y de centros residenciales diurnos, nocturnos, larga y media estancia. Estos pueden ser específicos o estar dentro de unidades residenciales y hospitalarias debidamente acreditados.

Con respecto a los instrumentos necesarios, propone la figura de la comisión sociosanitaria y la del gestor del caso, como instrumentos de enlace entre el sector sanitario y social, con competencias para la asignación de recursos y para el se-

guimiento de las personas. La figura del gestor de casos tendrá un perfil adecuado a la realidad social y sanitaria del territorio correspondiente. Los médicos, enfermeros y los trabajadores sociales pueden cumplir un papel relevante, en función de la intensidad de necesidades (sanitarias o sociales) que cada persona requiera en cada momento.

Por último respecto a los sistemas de información propone una historia sociosanitaria única de aplicación en todo el territorio nacional, con un código de identificación y que contenga un conjunto de datos mínimos.

Este documento que está siendo debatido por las CCAA y diferentes grupos profesionales (entre los que se encuentra el Consejo General de Trabajo Social y la Asociación Española de Trabajo Social y Salud), en mi opinión es más acertado en sus propuestas que lo recomendado por el Consejo Asesor. Aún así considero preciso puntualizar algunos temas:

1. No podemos caer en el error de hablar de “paciente sociosanitario”, esto es desde una visión puramente sanitaria. Debemos hablar de **persona enferma con necesidades sociosanitarias**, estas personas tienen una serie de patologías descritas a las que se unen una serie de problemas sociales o criterios sociales que confieren un riesgo social para la persona y su familia, que también deben estar definidos, necesitando para su abordaje una intervención simultánea, en un tiempo determinado o sucesivo, de los Sistemas de Atención Sanitaria y de Servicios Sociales.
2. La cartera de servicios debe centrarse en programas domiciliarios que permitan el apoyo de las personas y familias en su medio, así como en programas de prevención y pro-

moción de la salud. Cuando sea preciso una estancia residencial esta se proporcionará en centros de ambos sistemas que tienen unidades definidas para atención sociosanitaria.

Por ejemplo, una unidad de media estancia para rehabilitación, o para cuidados paliativos puede estar en un ala de un centro hospitalario, en función de la intensidad de las actuaciones sanitarias o sociales.

3. En referencia al instrumento necesario para esta coordinación, se propone en el documento la figura de una comisión sociosanitaria, que realmente trabaje desde la gestión compartida de casos, añadiría yo. El gestor de casos será enlace entre el sistema sanitario y el social. Dicha comisión debe tener capacidad de asignar recursos y realizar el seguimiento. En este sentido creo que es imprescindible la figura del trabajador social sanitario, como profesional que ya está en el sistema sanitario y tiene su homólogo en el sistema social con el que comparte la misma formación. Para esto también es imprescindible un sistema de información compartido que facilite la información y la actuación.

4. Conclusiones

Tras esta revisión pormenorizada sobre las diferentes propuestas para la atención de las necesidades sociosanitarias de las personas, creo que ya podemos dar respuesta a la pregunta que hacía al principio: ¿necesitamos un nuevo Sistema de Protección?

La atención a la salud de la población lo que necesita es una verdadera coordinación sociosanitaria entre los diferentes sistemas de protección,

pero entre todos los sistemas, porque las necesidades y los intereses de las personas son la razón de ser de las organizaciones.

La atención de la salud requiere de diferentes actores, en primer lugar de las propias personas, y además de diferentes sistemas de protección, porque la promoción de la salud es tarea de todos los sistemas de la misma manera que lo es la prevención de la enfermedad.

Desde el trabajo social trabajamos por el derecho de la autodeterminación de las personas (no olvidamos que intervenimos en sus vidas), pero en aras de esa autodeterminación no podemos permitir que las responsabilidades y funciones profesionales se descarguen en dichas personas, maquilladas de programas de apoyo. Las tareas de coordinar las prestaciones son tareas de las organizaciones y de sus profesionales, muchos trabajamos así con el único respaldo de nuestra idea de compromiso con la persona (orientación a la persona).

Es importante que se diseñe una coordinación sociosanitaria de calidad, en este sentido la Deusto Business School Health propone para ello una redistribución de los recursos y servicios, adaptados a las necesidades de las personas en su ámbito comunitario. Considera que esta adaptación debe pasar por la flexibilidad y adecuación de las intervenciones en función del perfil de los usuarios, si se quiere integrar los servicios dirigidos a personas mayores tendremos que hablar de la integración de cuidados sociales y sanitarios. Si se pretende mejorar la atención a los niños, se tendrá que hablar de los servicios educativos y los servicios de cuidado social. Si nos situamos en la integración para mejorar la discapacidad, los servicios relacionados serán prioritariamente los de empleo y los servicios sociales.

En definitiva, la coordinación sociosanitaria debe garantizar la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios, y esto no es sólo un conjunto de tareas a realizar.

Servicios sociales desde todos los Sistemas de Protección, vivienda, empleo, educación, atención social y sanitaria. Debe ser una prestación integrada que, efectivamente, para que sea sociosanitaria es preciso la implicación del sistema de salud y sus cuidados, pero no por ello debe ser ese sistema el “beneficiado” como argumenta el Consejo Asesor, los beneficiados son las personas.

Es cierto que los Equipos de Atención Primaria de Salud son en sí mismos equipos de atención sociosanitaria, como también lo son los Equipos de Atención a la Salud Mental, o los Centros Hospitalarios, todos ellos prestan atención social a través de los Trabajadores Sociales Sanitarios, que está dirigida a cualquier persona con un problema de salud. Pero es necesario además definir claramente los perfiles de aquellas personas que necesitan una **atención sociosanitaria de mayor intensidad** en los que se precisa una **continuidad asistencial asegurada** mediante el compromiso de las administraciones. Para esto es preciso:

- La creación de Comisiones Sociosanitarias formadas por profesionales de la salud (Medicina, Enfermería y Trabajo Social Sanitario) y trabajadores sociales de los Servicios Sociales.
- La definición de instrumentos, procesos de planificación y de trabajo consensuados.
- Y la definición de una cartera de servicios que apoyen la permanencia de estas personas en su entorno, así como las estancias residenciales en los momentos y casos precisos.

Tal vez lo que necesitamos es un compromiso serio de aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, pero esto sería objeto de otro artículo.

Cierto es que el Sistema Sanitario y el de Servicios Sociales mantienen una posición privilegiada para la detección de **personas con necesidades sociosanitarias de mayor intensidad** y por tanto son los sistemas principales en la gestión de esta atención. De esta manera se favorece el crecimiento equitativo de la sociedad, que es una de las funciones de los sistemas de protección.

Bibliografía

Breznes, M^aJ. (2005). La Coordinación Sociosanitaria: Misión, estrategia, tareas, metodología. *Servicios Sociales y Política Social*, 72, 63-84. Consejo General del Trabajo Social. Madrid

Breznes, M^aJ. (2006). La gestión compartida de casos. Estrategia de coordinación. *Trabajo Social y Salud*, 54. AETSY. Zaragoza

Codinach, T. (2006). Un instrumento de coordinación sociosanitaria: La Comisión Interdisciplinar Mixta Socio-Sanitaria (CIMSS). *Servicios Sociales y Política Social*, 73, 147-154. Consejo General del Trabajo Social. Madrid.

Consejo Asesor de Sanidad. (2013). *Coordinación y Atención Sociosanitaria. Informe*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: Autor

Deusto Business School Health. (2014). *Pasando a la Acción: El papel de los gobiernos en la Alianza Sociosanitaria*. Recuperado el 4 de noviembre de 2012 <http://www.dbs.deusto.es/cs/344360010649&ssbinary=true>

Fernández, D. (2005). *La Protección Social en la Unión Europea*. Universidad Autónoma. Madrid. Recuperado el 4 de noviembre de 2012. www.uam.es/personal_pdi/.../Trabajo%20Prot%20Social%202005.doc

Hervás, A. (2014). Trabajo Social Sanitario, Coordinación Sociosanitaria y Gestión de Casos. *Trabajo Social y Salud*, 78. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.

Ituarte, A. (2012). Trabajo Social Clínico: Teorías, Técnicas y Prácticas. *Rev. Trabajo Social y Salud*, 72. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Zaragoza.

IMSERSO (2014). *Propuesta para una Estrategia de Atención y Coordinación Sociosanitaria*. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Madrid: Autor.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*. Madrid: Autor.

Orriols, P. (2002): El Seepros como instrumento de análisis social. *Fuentes Estadísticas*, 63.

PROYECTO CARMEN. (2004). Recuperado el 4 de noviembre de 2012 <http://www.ehma.org/index.php?q=node/53>

Rodríguez, M^aA. (2006). Coordinación sociosanitaria en Extremadura. *Trabajo Social y Salud*, 55. AETSY. Zaragoza.

Rodríguez J., y Rocabayera, M^aA. (2005). Intervención social en las dependencias: Experiencia de Trabajo Social en el Servicio de Atención Primaria de Sta. Coloma de Gramanet. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 72, 37-62 Consejo General del Trabajo Social. Madrid

Referencias legislativas:

DECRETO 92/2002, de 5 de marzo, por el que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y se fijan las normas de autorización. (Pág. 4827) DOGC de 18 de marzo. Cataluña.

LEY 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE no 128 de 29 de mayo de 2003.

Aplicaciones y demanda de la gestión de caso en España

Demetrio Casado Pérez

Resumen

La primera parte trata de las aplicaciones de la gestión de caso en España y se describen estas experiencias: en primer lugar, la que se desarrolla en el plan que articula la atención médica y la social de salud mental en la Comunidad de Madrid y, en segundo lugar, la generada en el proyecto Etxean Ondo, de Guipuzcoa, destinado principalmente a personas de edad avanzada con necesidades de atención de los servicios sociales y sanitarios. La segunda parte aborda la cuestión de la demanda latente de la gestión de caso, que se ilustra mediante dos ejemplos: uno del campo del sanitario y otro del educativo.

Palabras clave

Atención personalizada, continuidad de cuidados, coordinación sociosanitaria, cuidados de larga duración, gestión de caso.

Abstract

First, we look at two case management programmes in Spain: the one carried out in Comunidad de Madrid within the framework of a plan aimed at coordinating social and health care for mental health patients, and the one in Guipuzcoa within the Etxean Ondo project that deals mainly with elderly patients that need care from social and health care services. Then, we consider the underlying demand for case management which is illustrated by two examples from health care and educational services.

Keywords

Personalised care, care continuity, health and social care coordination, long-term care, case management.

Demetrio Casado Pérez

Doctor en Farmacia. Diplomado en Sanidad
Director del Seminario de Intervención y Políticas Sociales (SIPOSO)
demetrio.casado@gmail.com



Introducción

La gestión de caso es particularmente útil -y aun imprescindible, cabría decir- en las situaciones personales que requieren la utilización convergente o sucesiva y continuada de servicios aportados por diferentes proveedores. Como es sabido, tales situaciones crecen en España por efecto principalmente, por una parte, de la extensión de patologías con efectos, de duración media o larga, discapacitantes. Sin embargo, la aplicación de dicho método objeto es mucho más limitada de lo sería conveniente. Tuvimos en cuenta esa circunstancia para diseñar y desarrollar este artículo.

1. Demanda reconocida y aplicaciones de la gestión de caso

En esta primera parte presentamos aplicaciones de la gestión de caso en dos ámbitos demandantes de ese método.

1.1.- Asistencia pro salud mental de enfoque comunitario

La reforma psiquiátrica postula la sustitución de la asistencia a las personas con enfermedad o trastorno mental grave y crónico mediante el internamiento indefinido -en hospitales especializados- por un complejo de apoyos e intervenciones orientado a procurar la permanencia de los afectados en el hogar y la comunidad. Ese complejo, además de los apoyos familiares y otros comunitarios, incluye prestaciones y servicios sanitarios y sociales, la mayor parte de ellos de utilización ambulatoria, y también cuenta con servicios de internamiento circunstancial. Ese cambio estratégico se inició en España en los años ochenta del pasado siglo y fue asumido por la Ley 14/1986, de

25 de abril, General de Sanidad (art. 20); por cierto, en los apartados 3 y 4 de ese artículo se establece la necesidad de coordinación de los servicios sanitarios con los servicios sociales.

En las Comunidades Autónomas que, como el Principado de Asturias, emprendieron la aplicación rigurosa de la reforma psiquiátrica observaron que la misma exige prestar una especial atención a la integración de los cuidados en la comunidad y al aseguramiento de la continuidad de atención (García González, 2009: 55). En la citada comunidad, la función del equipo de tratamiento asertivo del Área Sanitaria de Oviedo fue considerado como gestión de casos (Montejo Candosa, 2009: 57 a 68).

Para la aplicación de la reforma psiquiátrica, a partir de 1988, la Comunidad de Madrid fue generando los oportunos servicios y procedimientos, no sólo en la rama sanitaria, sino también en la de servicios sociales (Sanz Andrés, 2008). Esa doble acción y sus conexiones serían objeto de formalización y compromiso público mediante el Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008. En el documento de la Consejería de Sanidad por el que se publica este plan (Comunidad de Madrid, 2002), se prevé la coordinación de los servicios sanitarios con los sociales (p. 123) y aun se establece el coordinador de cuidados de salud mental (pp. 146 y 147). A esta figura se le asigna un amplísimo campo de acción y se prevé que sea desempeñada por profesionales de enfermería y de trabajo social principalmente. Como se verá seguidamente, las previsiones de cooperación entre los servicios sanitarios y sociales se explicitan y amplían en documentación paralela de la consejería competente en la atención social.

En el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid (Consejería de

Sanidad de la Comunidad de Madrid), se mantiene la cobertura complementaria de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales, y se avanza en el desarrollo de los órganos y procesos de coordinación y continuidad de aquella. Abelardo Rodríguez, responsable de la coordinación técnica de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera, nos señala la función asimilable a la gestión de casos que cumplen los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC). Estos órganos provienen de tiempo anterior y, en el diseño que se adoptó de los mismos en el Plan 2003-2007, se les asignó la responsabilidad de prestar atención social domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental severa con dificultades y necesidad de apoyo social para poder mantenerse en su entorno familiar y comunitario; función que incluye “Colaborar en el acompañamiento y apoyo para mejorar la vinculación con la red de atención de salud mental y de servicios sociales.” (Comunidad de Madrid, 2005: p. 3)

En 1994, la Comunidad de Madrid elaboró una “Propuesta de actuación coordinada de los Servicios de Salud Mental y de los Servicios Sociales en la Atención a personas con trastornos psiquiátricos en situación de Marginados sin Hogar”. El Plan de salud mental 2003-2008 de dicha comunidad asume dicha propuesta, salvo que prevé actualizarla y adecuarla (Comunidad de Madrid, 2002: 165). Su aplicación en el periodo indicado fue descrita por el coordinador del programa como “Una experiencia de gestión de caso” (Recalde Iglesias, 2009). Según nos informa el responsable de la coordinación técnica de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera, PRISEMI -como se denomina a este programa- sigue activo.

1.2.- Asistencia en situaciones de envejecimiento y/o dependencia

En España, también merece ser reseñado el movimiento pro gestión de caso en el campo de la atención a personas afectas de dependencia, especialmente de edad avanzada. Participan en este movimiento profesores universitarios, gerontólogos, servicios públicos y entidades del tercer sector. Como no es posible en esta ocasión intentar un inventario cabal de acciones, nos limitamos a una selección basada en nuestras relaciones de seguimiento y colaboración.

En el ámbito universitario, nos parece que debe ser citado el trabajo de investigación dirigido, al menos desde 2002, por Pilar Monreal, del Departamento de Psicología de la Universidad de Gerona (Monreal y Del Valle, 2008).

La gerontología viene proponiendo la gestión de caso desde hace varios años (Rodríguez Rodríguez y Valdivieso, 2006; Rodríguez Rodríguez, 2013: 81 a 89). Debemos aclarar que las propuestas surgidas en el ámbito gerontológico, si bien tienen como referencia inicial la población de edad avanzada con necesidades asistenciales importantes, es aplicable a personas afectas de dependencia de edades inferiores.

De los servicios públicos, citaremos la aplicación de la gestión de casos en el Servicio de Apoyo Psicológico a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social, de la ciudad de Madrid (Ausín Benito y Santos-Olmo Sánchez, 2009).

En el tercer sector, contamos con una aplicación reciente. Se trata de la incorporada al Proyecto Etxean Ondo, iniciado en 2011 por la Fundación Matia -de Guipúzcoa-, con apoyo económico del

Gobierno Vasco y dirección técnica de la Fundación Pílares. En el II Congreso Internacional de Atención a la Dependencia (Madrid, 25 y 26 de junio de 2013) se presentó una ponencia que mostró el papel de la gestión de caso en dicho proyecto (Sancho, 2013).

En junio de 2014, el proyecto se ha llevado a cabo en 5 municipios de Guipúzcoa y en 10, de tipo rural, de Álava. Las profesionales que están llevando a cabo la gestión de casos son trabajadoras sociales de los servicios sociales municipales, que lo han realizado en colaboración con las enfermeras de los centros de salud correspondientes.

2. Demanda pendiente de la gestión de caso

En un informe evaluador de la aplicación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de 2009, se dice lo siguiente: “La eficacia de la atención de las personas beneficiarias exige un seguimiento de su evolución concreta a lo largo del tiempo así como de los posibles cambios que se puedan producir en su grado y nivel de dependencia y ajuste entre ésta y las prestaciones que recibe por parte del SAAD. Ello hace aconsejable la extensión normalizada en el conjunto del sistema

del gestor del caso.” (Cervera Maciá et al., 2009: segunda parte, 12) Además de este importante nicho de demanda pendiente, en España, existen otros; como los que, a título de muestra, presentamos seguidamente.

2.1.- Daño cerebral adquirido

El daño cerebral grave resultante de ictus o de traumatismos requiere una cadena de intervenciones médicas de carácter curativo y rehabilitador. Reproducimos una propuesta del proceso indicado.

Con el fin de lograr el máximo aprovechamiento de las posibilidades de rehabilitación, el tránsito desde la atención de la fase aguda a la siguiente y posteriores debe realizarse en modo inmediato, sin pausas. Para conseguir esa continuidad resultan especialmente indicados apoyos como la planificación del alta (Colom Masfret, 2013) y la gestión de caso. En España, tales ayudas resultan especialmente necesarias por la circunstancia que exponemos seguidamente.

La asistencia sanitaria para el daño cerebral adquirido en la fase aguda está incluido en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de modo que los pacientes tienen asegurado

DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO. FASES DEL TRATAMIENTO				
FASES	AGUDA	SUBAGUDA		REHABILITACIÓN AMBULATORIA
SERVICIOS E INTERVENCIONES	UCI Ss. de Neurología y Neurocirugía	Servicio u hospital de rehabilitación	Hospital de día	Centro de rehabilitación ambulatoria

W.AA., Modelo de atención a las personas con daño cerebral, IMSERSO, Madrid, 2007, p. 38.

el acceso a la primera fase de la atención sanitaria. Por el contrario, el acceso a la atención rehabilitadora no está garantizado. Ello es consecuencia de una grave omisión en el desarrollo reglamentario de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta norma establece la “Prestación de atención sociosanitaria” (art. 14), la cual incluye los cuidados de convalecencia y rehabilitación requeridos por, entre otros problemas de salud, el daño cerebral adquirido. Pero dicha prestación de atención sociosanitaria no fue incluida en la cartera de servicios aprobada mediante el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre (Zabarte, 2008: 102 y 103).

La carencia de garantía de acceso a los cuidados sanitarios posteriores a la fase aguda supone la necesidad de buscar plazas en hospitales de media estancia y de día, así como en centros de rehabilitación ambulatorios. Dicha tarea comporta graves y, en ocasiones, aun insuperables dificultades para los pacientes y sus familiares, no sólo por la posible escasez de oferta, sino también por el desconocimiento de la adecuación de los servicios disponibles a las necesidades de cada caso. Es posible que la planificación del alta del hospital de agudos brinde ayuda para afrontar tales dificultades, pero no parece fácil que continúe la misma para los tránsitos siguientes. Por ello y por lo que diremos seguidamente, la gestión de caso tiene aquí un papel importante que jugar.

En los casos de daño cerebral sobrevenido grave, las reducciones de las deficiencias funcionales que se logran mediante la rehabilitación son limitadas. De este modo, cuando concluye la atención de la segunda fase, el paciente ha de regresar a su domicilio o, en algunos casos, ingresar en una residencia colectiva. La primera opción comporta

operaciones extrasanitarias como, por ejemplo: supresión de barreras en la propia vivienda y, no pocas veces, en la finca donde se ubica la misma, adaptación del automóvil familiar o adquisición de uno nuevo para posibilitar el transporte del paciente en silla de ruedas, contratación de servicios del hogar privados, gestión o contratación de servicios de ayuda a domicilio públicos o privados. En el segundo supuesto, resulta necesario estudiar posibilidades y, si se opta por una residencia del sector público, emprender el proceso administrativo de solicitud. La experiencia nos muestra que, en muchos casos, ni los pacientes ni los familiares adquieren de modo anticipado la información necesaria para planear con tiempo las operaciones de atención no sanitaria relativas a la reubicación tras el alta en el régimen hospitalario de internado.

A partir de lo expuesto, y aun contando con la práctica de la planificación del alta hospitalaria, no parece arriesgado postular la incorporación de la gestión de caso a la procura tanto de la continuidad como de la coordinación de los cuidados sanitarios, familiares y de los servicios sociales para los pacientes de daño cerebral adquirido grave. ¿Contamos con bases de lanzamiento de tal iniciativa?

El desarrollo de la gestión de caso tiene apoyo en la normativa de la atención primaria. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, antes citada, establece que “La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.” (art. 12.1). Para la atención especializada -en la que se incluyen los cuidados que se prestan a los pacientes de daño cerebral en su fase aguda-, la Ley 16/2003, en la regulación de la atención sociosanitaria establece

que “La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.” (art. 14.3). Pero, por lo que ya quedó dicho, esa disposición no fue desarrollada.

Así pues, pasando de la reseña de la situación presente a las propuestas de mejora, hemos de comenzar por la reivindicación de una medida jurídica previa: en el daño cerebral adquirido, la continuidad de asistencia sanitaria tras el alta en el hospital de agudos requiere que se incluya la prestación de atención sociosanitaria en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Pero, tanto en la situación actual como tras la posible adopción de la medida indicada, la continuidad de atención sanitaria y, sobre todo, la coordinación o articulación de la misma y de la atención familiar y de los servicios sociales se vería facilitada por la adopción de planes, redes de servicios y procedimientos de gestión análogos al de la Comunidad de Madrid para salud mental mencionados anteriormente. Y en tales redes de servicios, la gestión de caso sería un instrumento particularmente útil, en colaboración con la planificación del alta hospitalaria, para el doble objetivo de continuidad y coordinación.

2.2.- Escuela y guardería

La creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, aparte de otros factores, ha propiciado cambios en la configuración de la oferta educativa. Por una parte, se viene extendiendo la educación infantil para niños de edades inferiores a la de escolarización obligatoria: primer ciclo (0-3 años) y segundo ciclo (3-6 años). No será necesario argumentar que, en esa etapa, los centros

escolares han de asumir funciones de cuidado y guardería, más la acción educativa posible. Por otra parte, especialmente para los niños de la etapa siguiente (educación primaria, que consta de tres ciclos, con dos cursos o niveles cada uno), se han ido desarrollando en los centros escolares ofertas complementarias y adicionales que, al menos en gran parte, tienen la función de guardería.

En los meses lectivos de jornada completa, los progenitores -o quienes desempeñen su papel- que tengan necesidad de la función de guardería deben proveer a informarse y gestionar la incorporación de sus hijos a las actividades complementarias o anejas que sirvan para ese efecto; lo que no resulta fácil realizarlo de modo exitoso en todos los casos.

El servicio de educación escolarizada se ofrece con discontinuidades de calendario -vacaciones-, también, con variaciones de horario-jornada reducida- en los meses de junio y septiembre. Como quiera que tales reducciones del servicio educativo no coinciden con las vacaciones laborales, aquellas generan la necesidad de ampliar la oferta de actividades con función de guardería.

Ante cada coyuntura de cambio de horario o de vacaciones, a los familiares responsables de los escolares necesitados de conseguir la continuidad de la función de guardería se les plantean nuevos retos de información y de gestión. Retos éstos que, por las circunstancias vacacionales, pueden ser harto difíciles en muchos casos.

En la tabla resumimos la oferta de servicios escolares, complementarios y adicionales de un centro escolar, sito en la ciudad de Madrid, que presta servicio de educación infantil en su segunda etapa y de educación primaria. Lo hace en jor-

nada partida. En dicho centro no existe asociación de madres y padres de alumnos (AMPA). Importa señalar que la mayor parte de los escolares son hijos de inmigrantes, así como que son frecuentes los casos de madres trabajadoras que proveen en solitario al sostenimiento funcional y económico de sus hogares.

En el barrio existe oferta escolar suficiente de las etapas indicadas, de modo que sólo excepcionalmente se plantean problemas para el acceso a la escolarización, sea en el centro referido o en otro.

Conseguido el ingreso, los familiares interesados o necesitados de becas de comedor y/o de las

ACTIVIDADES ESCOLARES Y COMPLEMENTARIAS EN UN CENTRO PÚBLICO DE EDUCACIÓN PRIMARIA. Jornada partida

De octubre a mayo	Junio y septiembre	Julio y agosto
De 8:00 a 9:00: Servicio “Los primeros del cole”, atendido por monitores del Ayuntamiento Voluntario y gratuito	De 8:00 a 9:00: Servicio “Los primeros del cole”	De 9:30 a 14:00: Centro de día de Cruz Roja para niños en situación de riesgo social
De 9:00 a 12:30: Actividad escolar. Acceso universal y gratuito	De 9:00 a 13:00: Actividad escolar	----- De 9:00 a 16:00:
De 12:30 a 14:30: Comida y recreo -Pago de la comida para el común -Becas por importe parcial de la Comunidad y ayudas del Ayuntamiento, ambas para situaciones de necesidad -Los alumnos con necesidades educativas especiales pueden recibir asignaciones para comedor	De 13:00 a 14:00: Comida	Campamentos provistos por la Comunidad Autónoma y el Ayuntamiento en el propio centro u otro del barrio Plazas gratuitas limitadas, concedidas mediante sorteo
De 14:30 a 16:00: Actividad escolar	De 14:00 a 18:00: Centro de día de Cruz Roja para niños en situación de riesgo social	
De 16:00 a 17:00: -Actividades extraescolares provistas por el Ayuntamiento y una asociación de vecinos Plazas limitadas y gratuitas -Programa de apoyo al estudio para el 3º ciclo, provisto por la Comunidad de Madrid Plazas limitadas y gratuitas -Centro de día de Cruz Roja para alumnos del barrio en situación de riesgo social		

actividades complementarias o adicionales deben procurarse la información relativa a su contenido y oferta, así como a las condiciones de acceso. Como quiera que se trata de ofertas que no son conocidas por una buena parte de los familiares, el logro de una información suficiente es difícil en no pocos casos. Y, por no ser obligatorias para sus proveedores y de disponibilidad limitada, los familiares deben afrontar los correspondientes trámites de solicitud de acceso en régimen competitivo. La experiencia muestra que, especialmente en familias afectas de problemas marginalidad, es frecuente la necesidad de apoyos informativos y de gestión personalizados. Esa necesidad se agudiza en las coyunturas de cambio de horario y de vacaciones, las cuales pueden poner en peligro la función de guarda en el centro escolar, especialmente necesaria para algunas familias; sirvan como ejemplo las mantenidas funcional y económicamente sólo por las madres.

Lo expuesto muestra que en el complejo escuela/guardería se plantean estas dos necesidades de gestión para las familias: coordinación de prestaciones y continuidad de la atención. Especialmente para familias funcionalmente deficitarias, nos parece que la gestión de caso está muy indicada.

Las necesidades de información y de gestión apuntadas se ven acrecidas en momentos críticos: enfermedad, abandono del hogar, detención o reclusión... Una gran parte de las familias cuenta para tales situaciones con posibilidades de ayudas familiares y otras comunitarias extra, pero las que adolecen de ellas requieren muy especialmente del auxilio de los servicios sociales. Y ese auxilio debe alcanzar al aseguramiento, no solo de la continuidad de la atención escolar básica, sino también de las prestaciones con función de guardería.

Para dichos casos atípicos o problemáticos, nos parece que sería especialmente oportuno asignar de modo temporal un gestor de caso a las familias afectadas.

Los servicios sociales públicos -aparte de los privados- prestan apoyos a los colegios y las familias en relación con situaciones de dificultad, duraderas o transitorias, como las evocadas, pero parece que no disponen de oferta de gestores de caso en sentido estricto. Hacemos esta salvedad en relación con la previsión por algunas Comunidades Autónomas del profesional de referencia (Sánchez Pérez, 2010: 79; Vilà, 2010: 119; Casado, 2010: 142; Herrero Zarate, 2010: 166). Se trata de una figura funcional a la que, a nuestro parecer, cabe encomendarle tareas de gestión de caso.

3. Conclusiones

Las aplicaciones de la gestión de caso en España son de ámbito regional o local. Ello da pie a proponer que los órganos de coordinación nacional -como los del Sistema Nacional de Salud y el correspondiente a la Ley de dependencia-, previas las valoraciones oportunas, promuevan la extensión territorial del método.

La legislación española incluye algunas disposiciones en las que apoyar la gestión de caso. Para su aplicación práctica resulta necesario arbitrar planes, redes de servicios y protocolos de actuación con objetivos de continuidad y/o coordinación, así como asignar el papel de la gestión de caso a puestos de trabajo determinados.

La prestación de atención sociosanitaria del Sistema Nacional de Salud carece de reglamentación. Aparte de postular la superación de ese fallo,

entendemos que el mismo hace especialmente necesario el recurso a la gestión de caso.

En España, se dispone de experiencias que acreditan la utilidad de la gestión de caso en situaciones de enfermedad grave y/o de discapacidad-dependencia. Las mismas pueden servir de referencia para, con las oportunas adaptaciones, llevar dicho método a los complejos de intervenciones y apoyos en favor de personas en situación de precariedad familiar y marginalidad social.

4. Agradecimientos

Por la información y documentación facilitada a: Ainhoa Casado Otaola, Demetrio Casado Otaola, Pilar Monreal, Abelardo Rodríguez, Pilar Rodríguez, María Jesús Sanz y Alicia Sarabia.

Bibliografía

Ausín, B. y Santos-Olmo Sánchez, A. B. (2009). Programa de intervención psicosocial con ancianos aislados en la ciudad de Madrid. *Políticas Sociales en Europa*, 25-26, 139-149.

Casado, D. (2010). Análisis de la tercera ley de servicios sociales de Galicia. En D. Casado (Coord.). *Leyes de servicios sociales del siglo XXI*, (pp. 129-146). Madrid: Fundación FOESSA y Cáritas Española Editores.

Cervera, M. (2009). Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la ley 39/2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Segunda parte: documento técnico de apoyo para la elaboración de las recomendaciones. septiembre de 2009. Recuperado en 10 de julio de 2014 de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/informesaadgexpertos.pdf>

Colom, D. (2013). *La planificación del alta. Programa multidisciplinar para la coordinación sociosanitaria*. Barcelona: Ediciones UOC.

Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad (2002). *Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008*.

Comunidad de Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Subdirección General de Asistencia Técnica y Coordinación de Planes para Personas con Discapacidad (2005). *Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (2003-2007)*. *Diseño de equipos de apoyo social comunitario (EASC)*. Documento interno.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, *Plan estratégico de salud mental 2010-2014*. Recuperado el 4 de septiembre de 2012 de www.madrid.org.

García, J. (2009). Los cambios en las formas de atención generados por la reforma y la desistitucionalización psiquiátrica. *Políticas Sociales en Europa*, 25-26, 45-56.

Herrero, I. (2010). Análisis de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales del País Vasco". En D. Casado, D. Coord.). *Leyes de servicios sociales del siglo XXI* (pp. 147-166). Madrid: Fundación FOESSA y Cáritas Española Editores.

Monreal, P. y Del Valle, A. (2008). Las evidencias de la necesidad de la coordinación y/o la gestión de caso desde la perspectiva de las personas mayores. En D. Casado (Dir.), *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales* (pp. 55-73). Barcelona: Hacer Editorial.

Montejo, J. (2009). El Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario del Área Sanitaria de Oviedo. Un intento de gestión de casos en la atención a personas con trastorno mental grave. *Políticas Sociales en Europa*, 25-26, 57-68.

Rodríguez, P. y Valdivieso, C. (2006). *Servicios de Ayuda a Domicilio. Planificación y gestión de casos. Manual de formación para auxiliares*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Rodríguez, P. (2013): *La atención integral centrada en la persona*. Madrid: Fundación Pílares para la Autonomía Personal.

Sánchez, Mª C. (2010). Análisis de la Ley Foral, de 14 de diciembre, de servicios sociales de Navarra. En D. Casado (Coord.). *Leyes de servicios sociales del siglo XXI* (pp. 51-90). Madrid: Fundación FOESSA y Cáritas Española Editores.

Sancho, M. (2013). Proyecto Etxean Ondo, domicilios y entornos. Recuperado el 2 de julio de 2014 de www.fundaciónpilares.org.

Sanz, M. J. (2008). La coordinación sociosanitaria en la atención a personas con enfermedad mental. La experiencia de la Comunidad de Madrid. En D. Casado (Dir.), *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales* (pp. 123-136). Barcelona: Hacer Editorial.

Vilà, A. (2010). Análisis de la ley catalana de servicios sociales de 2007. En D. Casado (Coord.). *Leyes de servicios sociales del siglo XXI* (pp. 105-128). Madrid. Fundación FOESSA y Cáritas Española Editores.

VV.AA.(2007). *Modelo de atención a las personas con daño cerebral*. Madrid: IMSERSO.

Zabarte, M. E. (2008), Aportaciones del Sistema Nacional de Salud a la dependencia: los instrumentos garantistas. En D. Casado (Dir.), *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales* (pp. 99-104). Barcelona: Hacer Editorial.

La gestión de caso. Conceptualización, contexto y presencia social actual

Cristina Rimbau Andreu

Resumen

Este artículo presenta el marco social, histórico y teórico en el cual se arraiga y construye la orientación y la metodología de la gestión de caso (en adelante GdC) a fin de contextualizar él y los conceptos entorno la gestión de caso, mostrando los referentes teóricos y metodológicos que la sustentan. El primer apartado trata los inicios de la GdC impulsada en el marco de las teorías de la desinstitucionalización, en el ámbito de la salud mental, así como el análisis crítico de la “devolución a la comunidad” sin los apoyos necesarios y efectivos. Se analizan también otros factores sociales y de las políticas socio-sanitarias que, con sus postulados, han impulsado recientemente el desarrollo de la gestión de caso, desde la mitad del siglo XX hasta hoy día, en diversos ámbitos de la acción social. El segundo apartado trata del significado entorno la gestión de caso acuñados en la literatura internacional, mediante la presentación de los conceptos aportados por diversos autores así como por las asociaciones de trabajadores sociales y las de gestores de caso.

Palabras clave

Atención personalizada, continuidad de cuidados, coordinación sociosanitaria, cuidados de larga duración, gestión de caso, trabajo social en gestión de caso.

Abstract

This article refers to the social, historical and theoretical frames that constitute the approach and methodology of case management, with the aim to contextualize concepts and to show the theoretical and methodological referents that sustain it.

Its first section treats the initial starts of the case management that fell within the theories of deinstitutionalisation in the mental health field, theories that appeared in the USA around the middle of the last century, as well as the critical analysis of the so called “community devolution” without the necessary support. We also analyse other social and politics factors that more recently have impelled the further development of the case management up to now. The second section treats the significance of all the contributions around the case management made by many authors, as well by the social workers and case managers associations.

Keywords

Personalised care, care continuity, health and social care coordination, long-term care, case management, social work in case management.

Cristina Rimbau Andreu

Psicóloga y trabajadora social,
Investigadora y asesora en servicios sociales,
políticas sociales europeas. Miembro de SIPOSO.
mrimbau@ub.edu

1. El contexto histórico y el marco teórico. Cinco apuntes de un escenario dinámico y de historia reciente

Aunque en algunas latitudes se atribuye a la gestión de caso un viso de novedad, en cierto modo de modernidad, una breve mirada retrospectiva permite constatar una trayectoria consolidada –teórica y organizativamente– que supera con creces más de seis décadas de formulación teórica y metodológica, actuación y expansión profesional, así como un amplio reconocimiento social en las sociedades occidentales.

Antes de tratar de los inicios de la gestión de caso, cabe señalar brevemente su actual importancia profesional y social en las sociedades occidentales que, como ejemplo, puede visualizarse fehacientemente tomando el símbolo de las asociaciones de gestores de caso, las entidades de su representación social garantes de la función profesional así como exponentes de la actividad profesional de los gestores de caso desarrollada con anterioridad a la creación de las asociaciones. Para ello sirvan de ejemplo las asociaciones de Estados Unidos, en particular la *Case Management Society of América* (CMSA), creada en el año 1990, actualmente con más de 11.000 miembros y 20.000 suscriptores, que desarrolla un amplio programa de soporte profesional e incluye, entre otras actividades, formación, consejo, publicaciones, conexiones en red, difusión y certificación profesional. Citar también las numerosas asociaciones de GdC del Reino Unido, entre ellas la *Case Management Society UK* (CMSUK), fundada en el año 2001 que, con el objetivo de potenciar la calidad, promueve intercambios profesionales, impulsa una revista específica, elabora estándares de calidad y buenas prácticas. En el caso de los

gestores de caso especializados, sirva citar como ejemplo la *Asociación de gestores caso especializados en el ámbito del daño cerebral adquirido* (BABICM) del Reino Unido, creada en el año 1996. En todas ellas se puede apreciar la dimensión profesional y social de la gestión de caso y de los gestores de caso en las sociedades occidentales, principalmente en el área anglosajona y también en Alemania, Holanda, Canadá e Israel, entre otros.

En la actualidad resultan de especial interés para la profesión y la disciplina de Trabajo social, las recientes aportaciones de la *Asociación Americana de Trabajadores sociales* (National Association of Social Workers- NASW), que ha creado nuevos *Estándares del Trabajo social en Gestión de Casos* (2013), así como el *Certificado Superior de Trabajo social en Gestión de Casos* (Certified Advanced Social Work Case Manager) que habilita oficialmente para el ejercicio de “trabajador social gestor de casos”.

Abandonando momentáneamente el escenario actual, veamos ahora, mediante cinco apuntes, hasta cuándo y hacia dónde nos lleva la mirada retrospectiva sobre los inicios y las orientaciones teóricas que sustentan la gestión de caso.

1.1.- La gestión de caso como alternativa a la desinstitucionalización sin apoyos

El enfoque retrospectivo permite identificar, en primer lugar, como la orientación teórica y metodológica de la gestión de caso tiene sus raíces en los años cincuenta del siglo XX, en los Estados Unidos de América, en pleno proceso crítico sobre el modelo de las instituciones totales y las consiguientes teorías y procesos de *desinstitucionalización que se produjeron en el ámbito de la salud mental* (Nadeau, B., 1989). Unos años más tarde, en la década de

los años setenta, Ronald D. Laing en Gran Bretaña, y Franco Basaglia, en Trieste (Italia), lideran el movimiento crítico de la “antipsiquiatría” iniciando, en este marco teórico, procesos de desinstitucionalización de los pacientes con enfermedades mentales internados en centros psiquiátricos de diseño total y estimulando su devolución a las familias y a su comunidad de origen.

Es precisamente en el análisis de los *procesos de desinstitucionalización y de devolución a la comunidad* donde emerge la orientación y la metodología de la gestión de caso. Pero vayamos por partes. ¿Por qué la devolución a la comunidad? Un conjunto de factores acompañan esta alternativa de atención asistencial comunitaria en el caso de la salud mental. En primer lugar cabe señalar -en oposición al modelo asistencial de reclusión- *la valoración de la comunidad* como el conjunto simbólico de referencia del sujeto, el “ethos del sujeto”, de los ciudadanos. El escenario idóneo para la atención psicosocial, fuente del patrimonio relacional y del acceso a los recursos y servicios requeridos por el paciente. Paralelamente confluyen en aquellos años, las orientaciones terapéuticas de la psicología y de la psiquiatría dinámica que postulan trabajar el vínculo y la relación del paciente con su entorno (familiar y comunitario) como escenario de tratamiento y de pertenencia del paciente. Así mismo, complementariamente las posibilidades de nuevos tratamientos farmacológicos facilitaron la asistencia terapéutica en la comunidad. En este escenario, la desinstitucionalización y la devolución a la comunidad auguraban el inicio de procesos terapéuticos positivos en los cuales los elementos relacionales y sociales adquirirían un significado relevante.

Los análisis críticos de J. Intagliata y F. Baker (1991), en Estados Unidos, sobre los aludidos

procesos, identificaron elementos de distorsión y malestar en la dinámica y en los resultados de la *devolución a la comunidad sin los soportes* adecuados. Su análisis puso de relieve diversos problemas producidos en el paciente (principal sujeto de atención), en sus familiares y también en el entorno comunitario. En síntesis, constataron situaciones de desamparo frecuentes, nuevos conflictos en la comunidad, no se producía la esperada integración social, ni la creación de redes sociales de soporte y ayuda de forma espontánea, así como la no efectividad de la “reubicación en la comunidad sin más”. Este diagnóstico crítico podría haber conducido a los analistas, a postular el retorno a los modelos de atención institucional en los cuales el-los conflictos se encapsulan en los centros residenciales, se densifican en ellos y se convierten en invisibles, distantes y opacos a la sociedad. Pero, desde la orientación teórica de la desinstitucionalización, los autores citados postularon lo contrario. Proponen buscar, pensar, inventar, *nuevas formas alternativas de ayuda en y con la comunidad, y reconducir “las devoluciones a capela” dotándolas del soporte psicosocial continuado, necesario*. La **gestión de caso** fue la orientación y la metodología identificada como idónea para dicho soporte a los pacientes, a sus familiares y a la comunidad.

Desde aquellos inicios en la mitad de los años cincuenta, el desarrollo de la GdC ha sido fecundo en Estados Unidos, en donde el *Acta de Servicios Coordinados* de 1971, propuso un conjunto de programas a fin de mejorar los anteriores programas de salud, de servicios sociales y de educación, implementando proyectos piloto que incluían nuevos sistemas de información, seguimiento de los pacientes, centros de servicios integrados y procedimientos de gestión de caso (Sarabia, A., 2007). En el Reino Unido, la GdC fue oficialmente

te reconocida e introducida en el año 1989 a raíz del Informe *Cuidando a las personas* (Caring for people) que identificó la gestión de caso y la evaluación como las piezas angulares de la calidad asistencial (Challis, D., 2005).

1.2.- Crecimiento, multiplicación, fragmentación de servicios y el laberinto asistencial

Moviendo de nuevo el caleidoscopio retrospectivo, una nueva situación social revela, en los años setenta, la necesidad de un soporte profesional específico de ayuda personalizada, mejor dicho de ayuda centrada en la persona, a fin de lograr el acceso a los servicios adecuados para cada persona, cada situación y su continuidad asistencial. Nos referimos al *crecimiento y la expansión de servicios de bienestar social, incluidos los específicamente sociales y los sociosanitarios, que tuvo lugar en las décadas de los años 1970 a 1990*, el período denominado “los treinta gloriosos” (Hobsbawm, E., 1994; Wallerstein, I., 2006; Castells, M., 2001). En esta época se constatan en los Estados Unidos y en la Europa nórdica, central y noratlántica, los efectos de los pactos sociales posteriores a la segunda guerra mundial. Se promueven los derechos civiles, sociales y económicos (Marshall, TH., 1949) y con ellos un incremento cuantitativo de servicios de bienestar, pero que no alcanzan a dar una respuesta cualitativa y adecuada a las necesidades de atención. Si bien se dispone de un amplio abanico de recursos, medidas legales y de servicios, se produce una *multiplicación de servicios y funciones, con áreas saturadas de un mismo tipo de servicios para una misma población diana, mientras otras necesidades de la misma u otras poblaciones, se hallan sin oferta adecuada*. Este crecimiento de servicios cursa con cierta opacidad social y descoordinación entre servicios de un mismo sistema de protección social, o entre sis-

temas de bienestar de distinta naturaleza, constatándose empíricamente que crecimiento no es sinónimo de acceso a los servicios, ni de adecuación de éstos a las necesidades de las personas necesitadas y de sus familiares. En este escenario, los ciudadanos frecuentemente no disponen de la información sobre los servicios, las medidas reguladoras, los programas, los derechos sociales... existentes, ni de sus límites y posibilidades. Es decir, no disponen del conocimiento y la información necesaria para tomar sus decisiones. La oferta asistencial se convierte para los ciudadanos en un laberinto -laberinto de Ariadna- amargo y doliente por el cual transcurren los tiempos, la lesión de derechos sociales y las expectativas de atención de los ciudadanos. Así, complementariamente al impulso de buenas estrategias comunicativas, el caminar operativo por los vericuetos del laberinto asistencial, requiere el soporte profesional personalizado que ofrezca información adecuada y genere confianza. Atributos, como veremos en el apartado siguiente, que corresponden plenamente a la gestión de caso.

1.3.- La perspectiva holística de la salud y los determinantes sociales

Un cambio transcendental para la humanidad y que impulsa la necesidad de figuras profesionales como la gestión de caso, es el acaecido en el concepto de salud, que abandonando una definición basada en la relación causa-efecto de la salud con la atención sanitaria, se orientó *hacia una perspectiva holística, dinámica y multidimensional de la salud, tanto a nivel individual como colectivo*. La propuesta y ratificación de la OMS en su Conferencia Internacional de Salud de 1946, como es sabido pero es oportuno recordar, conceptualiza la salud como *“El estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausen-*

*cia de enfermedad o de afecciones*¹. Este nuevo concepto, incorporado a la Constitución de la Organización internacional, vincula la salud a causas heterogéneas, múltiples y complejas, relacionadas con factores sociales, económicos, medio ambientales y emocionales.

Este nuevo enfoque presenta a nivel internacional, hitos importantes como son, por ejemplo: la *Conferencia Internacional de Alma-Ata* (1978), la *Carta de Ottawa* (1986), la *Estrategia de la OMS "Salud para todos"* (1987) y la *Declaración Mundial de la Salud* (1998). Una década más tarde, el "Informe sobre los determinantes de la salud" (OMS, 2008) reafirmó y desarrolló la concepción holística de salud y el impacto de los factores sociales en ella. Recordar aquí brevemente, que los determinantes de salud incluyen, conjuntamente con los factores biogenéticos personales, un amplio abanico de factores ambientales, culturales, relacionales, económicos y políticos, como son: los estilos de vida individual, las redes sociales y comunitarias, las condiciones de vida y de trabajo, la ocupación (y desocupación), la educación, las condiciones sociales y económicas, así como los sistemas sanitarios y sociales, como sintéticamente puede visualizarse en la figura de Dalhgren y Whitehead (1991).



Figura de Dalhgren y Whitehead (1991).

En esta perspectiva, la gestión de la salud implica la participación de profesionales de diversas disciplinas, entre ellas las psicosociales, así como la coordinación profesional de servicios y de sistemas que, como indica Casado (2009), debe producirse dentro de un mismo sistema de bienestar y rama, así como entre servicios de distintas ramas.

1.4.- (Dis)continuidad asistencial y gestión de caso

Centrándonos en el ámbito sanitario, la misma concepción holística e integral citada, nos conduce a una cuarta razón social que impulsa la necesidad de la gestión de caso. Nos referimos al *continuum asistencial*, el proceso de atención sanitaria y social en el cual se articulan (deberían articularse) las actuaciones profesionales y de los servicios necesarios para la *adecuada atención sociosanitaria simultánea y continua* del paciente. Tres condiciones -adecuación, simultaneidad y continuidad- que definen el grado de la calidad asistencial y el logro de objetivos de salud de los afectados. Si bien el *continuum asistencial* es deseable y necesario en todo tipo de asistencia sanitaria o social, su importancia se acentúa en la atención socio sanitaria, especialmente en la atención de situaciones complejas y en el cuidado de larga duración (CLD) vividas por pacientes de cualquier edad. En estas casuísticas el *continuum asistencial se convierte en el eje básico de seguridad y confianza del paciente y familia* por el cual discurren las actuaciones socio terapéuticas necesarias de diversa índole.

NOTAS

¹ La nueva definición fue operativamente incorporada dos años más tarde, el 7 de abril de 1948.

Pero, si bien el postulado no ofrece dudas en su aceptación y goza de la defensa de profesionales y de la población afectada, en la práctica profesional cotidiana, en los entornos familiares y también en las charlas amicales, el *(dis)continuum asistencial* es objeto frecuente de preocupación y debate.

Así por ejemplo lo manifiesta el informe “Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave” (IMSERSO, 2007) que reafirma la necesidad de la atención continuada, simultánea y flexible en la atención a las personas con graves problemas de salud, limitaciones funcionales y/o riesgo de exclusión social, manifestando que cuando no se produce *“se provocan graves situaciones de desatención a los pacientes y a sus familiares, causa malestar, angustia e incremento de la afección de salud”*. El informe refiere el fenómeno de “la puerta giratoria” como exponente de mala práctica, de la multifragmentación y de la descoordinación de servicios y políticas sociosanitarias, subrayando el desconcierto y desamparo de pacientes y familiares que *se hallan atrapados en un recorrido sin sentido*. Apuesta por una gestión personalizada, próxima y en la comunidad del paciente, como postula la orientación de la gestión de casos, profundizando su propuesta más allá de la coordinación de servicios. En la misma orientación se pronuncia el Informe Final del grupo de expertos, realizado en el año 2009, para la evaluación del desarrollo y aplicación de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, que aconseja la extensión normalizada en el conjunto del sistema de atención y prevención de la dependencia del gestor de caso (Cervera, M. et al., 2009)

Como método idóneo en la atención a las personas afectadas de dependencia funcional o/y cognitiva y que actualmente no ha sido aún desarrollado.

1.5.- La participación del sujeto en su salud y la orientación colaborativa de la gestión de caso

Un último factor merece ser destacado en el relato de este reciente contexto histórico. Se trata de *la orientación participativa del sujeto en su salud y la dimensión comunitaria de la salud*. Por lo que se refiere a la salud individual y familiar, las orientaciones de la OMS, incorporadas en los postulados de las leyes y en las orientaciones de los sistemas sanitarios, sociales y sociosanitarios, *designan al paciente como sujeto activo, central y protagonista de su salud*, en contraposición a la figura del “paciente-paciente” que añade a su condición de sujeto doliente, la de sujeto receptivo, aceptante, huérfano de saberes sobre sí mismo y frecuentemente sin voz reconocida. Participación y empoderamiento se hallan en la base de este cambio de rol, de status, en la figura del “paciente ciudadano” en su relación con los sistemas de bienestar y con su entorno social. El impulso de este nuevo perfil, implica cambios direccionales y de poder en la relación “profesional-paciente-profesional” y en las metodologías de atención de los profesionales y los servicios plenamente coincidente con los postulados de la gestión de caso, como veremos en el apartado siguiente al tratar de los elementos constitutivos de la GdC.

2. Conceptos entorno la gestión de caso

La literatura especializada ofrece actualmente una amplia pléyade de autores que trabajan en el análisis y conceptualización de la gestión de caso como objeto teórico y como praxis profesional consolidada, mediante artículos, obras especializadas, voces en las obras enciclopédicas del sector

social y en páginas web. En España, cabe citar por ejemplo el número monográfico sobre Gestión de Caso de la revista Políticas sociales en Europa (2009), que constituye una muestra del interés por el tema. En el artículo de Alicia Sarabia, investigadora social, socióloga y trabajadora social, y en el mío propio, se presentan aportaciones de diversos autores y asociaciones profesionales de gestores de caso y de trabajadores sociales². Aquellas aportaciones, así como las de los autores que seguidamente se referencian, permite afirmar que *ante la pluralidad de escenarios sociales en los que se desarrolla la gestión de caso y de los autores que aportan análisis a su conocimiento teórico y metodológico, existe un conjunto de conceptos comunes que construyen el concepto referencial básico de la gestión de caso*.

Ampliando el panorama presentado en la revista citada, resulta interesante citar las aportaciones de William Horder que, en la voz “case management” de la Encyclopedia of Social work. (2000-2005:44), conceptualiza la GdC como una orientación y como un método, para lograr la continuidad de los cuidados requeridos por individuos frágiles y vulnerables, con el fin de continuar viviendo en la comunidad. Concretamente formula que es: “Una orientación centrada en el cliente para coordinar los servicios adecuados a las necesidades de los individuos vulnerables. Principalmente las personas mayores, las personas con enfermedades mentales, o con discapacidades, a fin de habilitarles para vivir en la comunidad mediante el acceso apropiado a los servicios de ayuda”. Sus objetivos son la continuidad de los cuidados y la personalización de la ayuda, mediante un proceso metodológico que incluye la valoración, la construcción del plan de cuidados, la intervención, la monitorización y la evaluación. Horder destaca la diversidad de modalidades de la GdC, destacando

la importancia de los estándares de calidad (construidos y aprobados por las asociaciones de gestores de casos) como garantes del proceso y de la ética profesional del gestor de caso, a fin de obtener resultados eficaces y eficientes, subrayando que las modalidades intensivas de GdC obtienen resultados más positivos para los clientes.

El profesor Robert L. Barker (2003) aporta información sobre la GdC en el contexto de las organizaciones, *vinculando trabajo social y gestión de caso*. Considera la GdC como “el proceso para planear, buscar, abogar y supervisar los servicios adecuados en nombre de un cliente³ o de las organizaciones de salud y de servicios sociales”. Este proceso permite a los trabajadores sociales, en una organización o en diferentes organizaciones, coordinar sus esfuerzos para servir a un cliente determinado mediante el trabajo profesional en equipo, ampliándose así la gama de servicios ofrecidos que pueden ser ubicados en una sola organización o repartidos en muchas otras organizaciones. La GdC puede desarrollarse dentro de una sola organización (en el caso de organizaciones de tamaño superior) o de un programa, con el fin de coordinar los servicios internos y lograr los ajustes necesarios, para superar los obstáculos derivados de la fragmentación y de la insuficiente coordinación entre los proveedores de servicios, así como por la rotación de personal.

notas

² Alicia Sarabia, artículo “Los agentes de la gestión de caso”. Cristina Rimbau, artículo “La Gestión de Caso: aproximaciones y experiencias en España”.

³ Se mantiene el término cliente respetando las denominaciones de los textos referenciados. Este término encierra controversia ideológica en el espacio social europeo, siendo ampliamente usado en el mismo espacio social en Estados Unidos. El debate sobre las denominaciones usuarios, pacientes, beneficiarios... sobrepasa las coordenadas de este artículo.

La gestión de caso. Conceptualización, contexto y presencia social actual

En la década de los años ochenta, Intagliata (1982) definía la GdC como “un proceso centrado en la persona que requiere servicios, como un método dirigido a garantizar el acceso al cliente a los servicios existentes que requiere, mediante una coordinación efectiva y eficiente”, acompañando su definición con la descripción detallada del enfoque, los objetivos y del proceso metodológico. En su relato destaca la centralidad en el cliente, en sus necesidades, intereses, cultura, recursos propios y capacidades personales, en síntesis: una orientación “a medida” (tailored). Este acento personalizador no corresponde a un orientación servi-

lista de las preferencias del cliente, sino a la basculación de la centralidad, que pretende desplazar la lógica asistencial y sus dinámicas, de la centralidad institucional y depositarla en la atención a la persona. Intagliata describe también la secuencia metodológica, que se inicia con la valoración de la situación que, a su vez, incluye valoración de las prioridades, riesgos, urgencia, etc. a partir de la cual se elabora y propone al cliente, el plan de cuidados, y se seleccionan los objetivos operativos. La GdC trabaja desde un enfoque de proximidad y de colaboración con el cliente mediante la escucha activa y la participación del cliente en la

National Association of Social Work-NASW	Case Management Society of America -CMAS	Case Management Society UK - CMSUK
Proceso. Método. Acción profesional.	Proceso. Método.	Proceso cooperativo
Aconseja, articula, planifica, coordina, monitoriza y supervisa, evalúa, defiende del cliente.	Asesoramiento, planificación, facilitar acceso a servicios, defensa intereses cliente.	Valora, planifica, implementa, coordina, monitoriza, evalúa.
Trabaja colaborativamente con el cliente.	Trabaja mediante comunicación cliente	Trabaja mediante comunicación cliente
Coordina y busca las mejores opciones.	Busca las mejores opciones.	Busca las mejores opciones
Centrado en el individuo-cliente.	Centrado en el individuo-cliente.	Centrado en el individuo-cliente.
Propone “paquetes de servicios y medidas” Promueve servicios.	Recursos disponibles (cliente y sociedad)	Recursos disponibles (cliente y sociedad)
Objetivo: promover acceso de calidad, eficaz y eficiente, a los servicios adecuados. Incidir en las políticas sociales de bienestar.	Objetivo: promover calidad y eficacia de costes en los resultados	Objetivo: promover resultados eficientes y de calidad.

Elaboración propia-2014.

construcción del plan de cuidados, actuando el/la gestor de casos el seguimiento activo del caso y la coordinación y mediación con los servicios.

Debemos referirnos también y especialmente a las definiciones que ofrecen las asociaciones de gestores de caso, como por ejemplo, la Asociación de Gestores de Caso de América (Case Management Society of América), la Sociedad de Gestores de Caso del Reino Unido (Case Management Society UK - CMSUK) y la Asociación de Trabajadores sociales de América (National Association of social work-NASW) que ofrecen sendas definiciones en las que pueden observarse fuertes similitudes y también algunas diferencias, como sintetiza la tabla de la izquierda⁴.

Como J. Intagliata describió en la década de los años ochenta, el profesor de la Universidad de Manchester, David Challis (2005) ofrece, más recientemente, la descripción de seis elementos constitutivos del *care management*. Nos parece oportuno indicar que Challis, usa el termino *care management* (gestión del cuidado) de forma equivalente al case management, señalando que el término care management se utilizó en el Reino Unido a partir del año 1990, a raíz del Informe “Cuidando a las personas” (1989) anteriormente citado, que como puede observarse seguidamente, es plenamente coincidente con la orientación, metodología y objetivos de la gestión de caso.

Challis define *care management* como “un proceso de identificación y de organización del ‘paquete de servicios’ personalizado y apropiado para los individuos que requieren cuidados de larga duración, habitualmente en sus propios domicilios”. Para completar esta definición el autor describe seis características básicas del care management.

- Consiste en la actuación de un conjunto de funciones nucleares del gestor de caso, que constituyen una secuencia articulada iniciada con la valoración y concluye con la evaluación de los resultados.
- El gestor de caso tiene la función de ordenar (en el doble sentido de secuenciar y priorizar, y el de encargar), conjuntamente con el cliente y de forma adecuada, el cuidado requerido.
- Tiene objetivos explícitos definidos como, por ejemplo, conseguir el manteniendo del paciente en su comunidad.
- Es principalmente adecuado para las personas con necesidades de cuidados de larga duración.
- Determina la duración y la intensidad de la atención, así como la amplitud del servicio abarcado. Estas características diferencian el care management de otras actividades profesionales realizadas en la comunidad.
- Su función es dual, en la medida que incide en los servicios y en los clientes, y de forma general, a un nivel superior, influenciando en los modelos de servicios.

Desde un punto de vista conceptual es necesario detenerse brevemente en el concepto de “paquete de servicios” (‘services packaged’ o ‘welfare packadge’) citado por Challis, que no

notas

⁴ Las definiciones de las asociaciones citadas pueden consultarse en los artículos de A. Sarabia y de C.Rimbau, en el número 25-26 de la Revista Políticas Sociales en Europa (2009). Así como en las páginas web de estas organizaciones, citadas en la bibliografía de este artículo.

debe ser confundido con las carteras o catálogos de servicios y prestaciones públicas. El concepto de paquete de servicios corresponde a la orientación centrada en el cliente que caracteriza la GdC y a la identificación -previa valoración- del conjunto de medidas y servicios adecuados para una determinada situación personal a fin de lograr la máxima calidad y eficiencia de resultados. Puede incluir servicios y medidas de carteras públicas conjuntamente con otros servicios, prestaciones y medidas de carácter privado, social o mercantil, a los que tenga acceso el cliente. Por ejemplo, mediante mutuas aseguradoras, colegios profesionales, políticas sociales de las empresas, participación en entidades cooperativas, grupos de ayuda mutua, etc. O bien promoviendo el acceso a ellos. La identificación del paquete de servicios con las carteras públicas no corresponde en absoluto a la orientación de la GdC, puesto que el trabajo del GdC no significa la adecuación, o reducción, de las necesidades asistenciales del cliente a los recursos disponibles, sino la búsqueda de la mejor opción para el cliente, investigando los servicios existentes y proponiendo alternativas.

Este breve recorrido conceptual permite identificar algunas ideas clave de la gestión de caso y entre ellas, destacamos las siguientes:

- Una orientación basada en el marco teórico de la personalización de la atención a las necesidades individuales (y familiares), los derechos humanos y la libertad de decisión individual.
- Un proceso, una metodología de trabajo colaborativo y dinámico centrado en la persona, que incluye la valoración, la construcción de un plan de cuidados, la monitorización, la coordinación de medidas y servicios, la defensa de

los intereses y derechos del cliente, así como la evaluación de resultados.

- Se dirige a personas y necesidades diversas. Trabaja en el ámbito social, la salud, la educación, el cuidado de la infancia, en temas sociojurídicos, en el consumo de tóxicos, etc. Principalmente adecuado en la atención de personas vulnerables, cuidados de larga duración y en asuntos sociosanitarios.
- Contempla los intereses y recursos económicos, sociales, capacidades personales del cliente y sus formas culturales.
- Persigue la continuidad asistencial y la continuidad en la comunidad de los clientes.
- Busca la máxima calidad, eficiencia y eficacia de los resultados.
- El gestor de caso trabaja como profesional autónomo y también en organizaciones.

3. Conclusiones

La gestión de caso es una orientación y un método consolidado que goza de amplio reconocimiento profesional en las sociedades occidentales anglosajonas y centroeuropeas, pero no así en otras latitudes coincidentes con modelos de bienestar social menos desarrollados.

La gestión de caso tiene sus raíces en el ámbito de la salud mental, en el marco de las teorías de la desinstitucionalización, en la década de los años cincuenta en los Estados Unidos de América y en la mitad de la década de los setenta en el Reino Unido e Italia. Los análisis críticos de la devolución

de los pacientes a la comunidad sin los soportes necesarios, constituyen la cuna de la gestión de caso como orientación y método para la atención en la comunidad, modelo alternativo a la atención institucional residencial.

Conceptualmente existe un amplio consenso entre los autores que analizan y teorizan su orientación, metodología y práctica profesional, que a su vez es fundamentalmente compartida por las organizaciones profesionales de gestores de caso y de trabajadores sociales.

Como orientación y método, la gestión de caso, presenta múltiples coincidencias con las orientaciones, ética y metodología de la disciplina del Trabajo social, aunque el perfil profesional de los gestores de caso es diverso, incluyendo en gran manera a los trabajadores sociales, como por ejemplo visualiza la creación del Certificado superior de Trabajador social gestor de caso, en los Estados Unidos.

La GdC incluye diversos ámbitos temáticos y actúa mediante sub-modelos según el ámbito temático y características de la población con la que trabaja, su intensidad o especialización de atención, siendo especialmente adecuada en los cuidados de larga duración y en poblaciones frágiles y vulnerables.

Bibliografía

- British association of injury case management (BABIMIC) <http://www.babimc.org>.
- Barker, R. L. (2003). *The social work dictionary* (5th ed.). Washington DC: NASW Press. Recuperado el 3 de Julio de 2014.
- Casado, D. (2008). *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Hacer Editorial.
- Casado, D. Coord. (2009). *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Hacer Editorial.
- Castells, M. (2001). *La era de la información. El poder de la identidad*. México, DF: Siglo XXI editores.
- Da Roit, B. (2004). *Welfare systems, welfare packaging and coping strategies of social risks: the case of elderly dependence in a comparative perspective*. Tesis doctoral Università degli Studi di Milano-Bicocca y CNRS-CEVIOF, Institut d'Etudes Politiques de Paris. Documento técnico.
- Challis, D. (2005). *The Blackwell Encyclopedia of Social work*. USA, UK, Australia: Martin Davis (Ed).
- Evashwick, C, y Aaronson, W. (2006). The continuum of care today After 20 Years, What Is the Status of Integration of Services. *Health progress Review* Setiembre –Octubre, 46-55: USA.
- Hobsbawm, E.(1995). *Age of Extremes: the short twenty century, 1914-1991*. London. (Traducción en castellano: Historia del siglo XX. Madrid: Ed. Crítica)
- Horder, W. (2005). *The Blackwell Encyclopedia of Social work*. USA, UK, Australia: Martin Davis (Ed).
- IMSERSO (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave* www.imsero.es/imsero_01/.../IM_031028... Colecciones; > Colección Documentos; > Serie Documentos Técnicos; > 21005 / 21006 /. Recuperado el 9 de Julio de 2014.
- Intagliata, J. (1982). "Improving the quality of community care for the chronically mentally disable: the role of case management". *Schizophrenia bulletin*, nº 8. UK, USA: Oxford University Press Ed.
- Intagliata, J., Baker, F. (1991). Case management. *Handbook of psychiatric rehabilitation*. New York: RP Liberman (Ed).
- Marshall, TH. (1994). Ciudadanía y clase social. www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_079_13.pd. Recuperado el 4 de Julio de 2014.
- Nadeau, B. (1989). Le case management au carrefour de l'intervention clinique et communautaires. *Santé mental au Québec*. Vol XIV, nº 2. Montréal (Québec).
- National Association of Social Workers. www.socialworkers.org/

La gestión de caso. Conceptualización, contexto y presencia social actual

National Association of Social Workers (2013). *Standards for Social Work Case Management*. <https://www.socialworkers.org/practice/naswstandards/CaseManagementStandards2013.pdf>. Recuperado el 7 de Julio de 2014.

National Association of Social Workers (2001) *Certified Advanced Social Worker Case Managers* (C-ASWCM) <http://www.naswdc.org/credentials/specialty/c-aswcm.asp>. Recuperado el 14 de Julio de 2014.

Case management Society UK. www.cmsuk.org/

OMS (1978). *Conferencia Internacional de Alma-Ata*. whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf. Recuperado el 12 de mayo de 2014.

OMS (1986). *Carta de Ottawa*. webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf. Recuperado el 12 de mayo de 2014.

OMS (1987). *Informe Salud para todos*. www.famp.es/racs/intranet/.../SALUD%2021.pdf. Recuperado el 15 de mayo de 2014.

OMS (1998). *Declaración mundial de la salud*. www.famp.es/racs/intranet/.../SALUD%2021.pdf. Recuperado el 15 de mayo de 2014.

OMS (2008). *Informe sobre los determinantes sociales de la salud*. www.who.int/social.../csdh_report_wrs_es.pdf. Recuperado el 12 de mayo de 2014.

Rimbau,C., (2009). La gestión de caso: aproximaciones y experiencias en España. En Casado, D. (Coord.) *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales*. (177-192). Barcelona: Hacer Editorial.

Sarabia, A., (2007). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Revista ZERBITUAN nº 42. San Sebastián: SIIS Centro de Documentación y Estudios. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Sarabia, A., (2009). Los agentes de la gestión de caso. En D. Casado (Coord) *Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales*.(pp.193-204). Barcelona: Hacer Editorial.

Stewart,K., Huges,J., Challis,D., Weiner, K., (2003). Care Management for Older People: Access, Targeting and the Balance Between Assessment, Monitoring and Review. *Research Policy and Planning*. vol. 21 no. 3.Universidad de Manchester y Universidad de Kent.

ssrg.org.uk/wp-content/uploads/.../article2.pdf. Recuperado el 6 de Julio de 2014.

Wallerstein,I. (2006) *Análisis de sistemas-mundo*. Una introducción. Madrid: Siglo XXI Editores.

Tres momentos en la historia de la Asistencia Psiquiátrica y el Trabajo Social en Madrid

Cristina Alonso Salgado
Marisa Pérez Pérez

Resumen

Este artículo trata de la evolución histórica en la atención a la enfermedad mental en la Comunidad de Madrid.

El artículo comienza con un recorrido y descripción de las diferentes organizaciones e instituciones implicadas en la evolución de los modelos de atención, de la psiquiatría tradicional al modelo de atención comunitaria.

Hemos tratado de reflejar la evolución de la intervención del Trabajo Social con la enfermedad mental, desde sus comienzos hasta el momento actual, el cambio de status y de modelo de intervención dependiendo de las circunstancias sociales y económicas así como los efectos tuvo la implantación de dicho modelo comunitario.

Presentamos la intervención del caso de enfermo mental desde un abordaje comunitario.

Palabras clave

Madrid, Reforma psiquiátrica, salud mental-trabajo comunitario y equipos de apoyo comunitario.

Abstract

This article reflects the historical evolution of attention and care to people with mental illnesses in the Community of Madrid.

The article begins with the description of different organizations, services and institutions involved in the evolution of psychiatric care, from the traditional model to the community model.

We've tried to reflect the evolution of social work in mental disease, from the beginning till this moment, its various stages and models based on social, political and economical circumstances.

The implementation of the Community model had many effects not only for its users but also for the approach from the profession side.

Also we present the intervention of a case from the model of community care.

Keywords

Madrid, psychiatric reform, mental health community work, equipments of community support.

Cristina Alonso Salgado

Trabajadora social.

Trabajadora social del Centro de Salud Mental de Hortaleza de la
Comunidad de Madrid.

xtinaalonso@hotmail.com



Marisa Pérez Pérez

Trabajadora Social.

Directora del centro de Rehabilitación Psicosocial de San Enrique.

mpolorollan@gmail.com



Tres momentos en la historia de la Asistencia Psiquiátrica y el Trabajo Social en Madrid

1.- Orígenes y precursores: de dónde venimos, dependencia organizativa y política, conceptos asistenciales

El trabajo social, como construcción de una profesión, surge a principios del siglo XX, con el cambio de siglo, cambio de estructura económica, cambio de producción y cambio de valores y mentalidades. En el Estado Español nace muy vinculado a la práctica psiquiátrica, creándose la primera escuela de Asistentes Sociales en Barcelona en 1953 bajo la Catedra de Psiquiatría dirigida por el psiquiatra Dr. Sarro. Alonso, C. (2000).

En esa década de los años 50, los primeros Hospitales Psiquiátricos, en Madrid, como el Hospital de Santa Isabel de Atocha, hospital donde eran profesores el Dr. Vallejo Nájera y el Dr. López Ibor, ya contaban con profesionales Asistentes Sociales. La red de psiquiátricos privados, administrados por órdenes religiosas, de hombres y mujeres también contaba con dichas profesionales.

Los Trabajadores Sociales actuales, de la red de la Comunidad de Madrid, no podemos pensar en el Trabajo social psiquiátrico y en el comunitario de Salud Mental, sin volver la vista atrás y entender y reconocer nuestro desarrollo a partir de dichos orígenes e inicios.

Eran los años 60, cuando las Diputaciones Provinciales se encargaban de proteger a la sociedad de la amenaza de la enfermedad mental: reclusando a los pacientes en grandes hospitales psiquiátricos, "manicomios," generalmente regentados por órdenes religiosas, con la misión principal de custodiar y guardar a los enfermos declinando, en gran parte, otras funciones curativas o terapéuticas. En estas Instituciones psiquiátricas, ya intervenían Asistentes Sociales con tareas centra-

das, especialmente, en esclarecer y baremar las condiciones socioeconómicas de los enfermos y sus familias. Así se cumplía el fin institucional de clasificar y distribuir la ocupación de las plazas, según capacidad adquisitiva, en concertadas o de beneficencia.

A su vez dependiente del Ministerio de la Gobernación existía el organismo del AISNA (Administración Institucional de la Sanidad Nacional) con recursos en todo el territorio español aunque con una concentración importante en Madrid. La misión de dicha institución era proveer de atención ambulatoria y de ingresos a diferentes pacientes con problemas relacionados con la especialidad de psiquiatría. Entre sus recursos contaba con los siguientes dispositivos: El Hospital Psiquiátrico de Leganés, dispensarios antialcohólicos, Hospital Psiquiátrico Alcohete (Guadalajara) que contaba con talleres laborales-ocupacionales, centros de orientación terapéutica para niños, centros antiepilépticos etc. En todas estas instituciones se contaba con el profesional, Asistente Social. Estos recursos y profesionales del AISNA fueron trasladados a la Comunidad de Madrid en el año 1986.

Hasta la aparición de la Ley de Servicios Sociales, (6 de junio de 1984) en el resto del ámbito de Trabajo social en Madrid, a nivel corporativo, existían muy pocos profesionales. Tampoco existía legislación en materia de servicios o prestaciones sociales; ni por supuesto servicios sociales públicos, ni universales. Las actuaciones por tanto estaban muy mediatizadas por el contexto social y político y se apoyaban, en la mayoría de las ocasiones, en servicios asistenciales de la Iglesia, entidades benéficas. Quedando casi limitadas las actividades profesionales de coordinación con la empresa quienes contaban con Departamen-

tos de Acción Social para sus trabajadores y con Asistentes Sociales para coordinar la problemática psiquiátrica de sus empleados.

El Sistema Sanitario, no incluía la prestación de atención psiquiátrica en régimen hospitalario, reduciéndose su atención a la ejercida por los profesionales de atención ambulatoria denominados Neuropsiquiatras de zona.

Existían consultas externas de neuropsiquiatría, centros dependientes de la administración institucional de la sanidad de ámbito estatal y actividades de apoyo psiquiátrico en los centros de promoción de la salud, en resumen una red dispersa descoordinada sin planificación y centrada en la Institucionalización psiquiátrica.

Entrevista a González, E. y Castayer, M. (2000)

A nivel legislativo se convivía con la ley del código civil: Ley de vagos y maleantes ley del código penal español de 4 de agosto de 1933, referente al tratamiento de vagabundos, nómadas, proxenetas y cualquier otro elemento considerado antisocial y que posteriormente fue modificada para reprimir también a los homosexuales. Modificada por el régimen franquista para incluir la represión de los homosexuales el 15 de julio de **1954**. Situación que confundía, en ocasiones, problemas psiquiátricos, con situaciones de alcoholismo, exclusión social, marginación etc. Estas personas podían ser ingresados en el Hospital psiquiátrico por decisión de la autoridad responsable del Orden Público.

Las Institución Hospitalaria más significativa de la Diputación de Madrid en esta época, era el Hospital Psiquiátrico Alonso Vega, situado en la carretera de Colmenar e inaugurado el año 1968. Contaba con mil camas y no tenía ninguna división por

unidades asistenciales. Actualmente cuenta con poco más de 300 camas disponibles y varias unidades independientes de tratamiento.

En **1978**, la Constitución Española, en los artículos 43-49 reconoce el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud.

En ese mismo año, la Organización Mundial de la salud en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de **1978**, declara que: *La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad*

Así pues, los primeros Asistentes Sociales del ámbito psiquiátrico se reducen a los que ejercían su profesión en los grandes Hospitales Psiquiátricos, el Hospital de Leganés, en la zona sur, y el Hospital Alonso Vega en la zona norte. Más adelante surgen las Unidades Hospitalarias como la Unidad de Hospitalización breve del Hospital Clínico de Madrid, donde en **1972** se crea el servicio de Asistencia Social para el Hospital General y para la Unidad de Psiquiatría destinada a la hospitalización breve de episodios agudos (**Alonso, 2000**).

La especial colaboración y participación del Asistente Social con el equipo terapéutico, en este momento, estaba especialmente centrada en la problemática del paciente a su alta médica. Aunque también significó un reconocimiento de la necesidad de ocuparse de los factores sociales, familiares y de las condiciones ambientales del paciente ingresado. Se formalizó la Historia Social y la importancia del Informe Social como instrumento de intercomunicación profesional.

Tres momentos en la historia de la Asistencia Psiquiátrica y el Trabajo Social en Madrid

2. La Reforma Psiquiátrica. La Salud Mental y el Trabajo Comunitario; el apoyo legislativo e Institucional y las funciones de los Trabajadores Sociales en Salud Mental

El inicio y el modelo precursor de lo que sería la Salud Mental Comunitaria, en Madrid, proviene del INSAM (Instituto de la Salud Mental de Madrid) creado el año 1981. Desde el INSAM se inicia la elaboración de documentos y proyectos que serán el germen y la materialización de la Psiquiatría Comunitaria. Dicho organismo asume competencias de la Diputación en materia de Asistencia Psiquiátrica e inicia el proyecto de crear una red diferenciada para la Atención a la Enfermedad Mental. Supuso un cambio significativo de filosofía asistencial, de la Institución Psiquiátrica a la atención de los pacientes en la Comunidad. Ya estaba muy presente en otras partes del mundo la reivindicación de la Anti-Psiquiatría y se había iniciado el cierre de los grandes hospitales psiquiátricos y el cambio del modelo asistencial, de la Institución a la Comunidad. Haremos ahora un breve recorrido de estos antecedentes. Laing, psiquiatra escocés, al que se identifica con el movimiento de la antipsiquiatría, en el año 1956 empezó un proyecto psiquiátrico en el Kingsey Hall donde pacientes y terapeutas vivían juntos.

Otro autor representativo del movimiento antipsiquiátrico fue Franco Basaglia, psiquiatra italiano, conocido por su denuncia pública de las condiciones deplorables e inhumanas de los manicomios. Se le cuenta entre los psiquiatras más influyentes del siglo XX en Italia, tras haber liderado un movimiento intelectual y político en salud mental que logró la clausura de los hospitales psiquiátricos italianos en 1978. Algunos autores sitúan los orígenes de la importancia de la asis-

tencia comunitaria en el discurso se remontan al discurso del Presidente Kennedy en febrero de 1963 al Congreso de los Estados Unidos. En este discurso propuso un Plan Nacional en el que contribuyeran todos los niveles de Gobierno, federal, estatal y local; las fundaciones privadas y los ciudadanos, para hacer frente a la enfermedad mental considerando ésta una responsabilidad comunitaria (Caplan, G. 1985).

Volviendo a nuestro país en 1984 el IMSALUD, a través de un Real Decreto, crea las Unidades de Salud Mental de Apoyo a Atención Primaria de Salud, incorporadas en sus propios centros. Dichas unidades, basadas en un trabajo multidisciplinar, constan de un equipo terapéutico vienen a innovar y complementar la figura del neuropsiquiatra de ambulatorio de especialidades, responsable de valoraciones y tratamientos farmacológicos de las personas con diagnóstico de enfermedad mental.

En este año 1984, se crean los primeros servicios de Salud Mental comunitarios, en las poblaciones del área metropolitana de Madrid, Getafe, Alcobendas, Móstoles. Entre el año 1984 y 1985 se abren siete nuevos Servicios de Salud Mental ambulatorios, situados en consultas externas, algunos en locales autónomos, propiedad de la Comunidad o en locales alquilados; otros en dependencias públicas pero todos con un claro espíritu reformista y comunitario (Caplan, G. 1985). Estos servicios surgieron con el objetivo primordial de potenciar la creación de tejido social y de redes de apoyo, que permitieran que las personas afectadas de enfermedad mental pudieran vivir en su entorno habitual y acogerse a otros sistemas de protección social.

En estos momentos comienza la filosofía de un trabajo en equipo, conformándose estos, con psi-

quiátras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales. Adquiere gran importancia el trabajo social por su función de estar vinculados al terreno vital de las personas, el entorno y la comunidad. El objetivo es desarrollar 11 áreas sanitarias en Madrid, hecho que sucede a lo largo de varios años de una manera lenta y paulatina.

En 1985 Se publica el *Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* que dibuja la nueva dimensión de la Atención de la Salud Mental y aporta las siguientes recomendaciones: *La integración funcional de las distintas redes asistenciales y su optimización; reconvertir los hospitales psiquiátricos, delimitando sus funciones y objetivos asistenciales; reducir o al menos, no hacer crecer las camas de larga estancia; impulsar el desarrollo de los servicios de salud mental en los distritos e impulsar el desarrollo de servicios alternativos a la Institucionalización psiquiátrica*. También en 1985, se aprueba el Plan cuatrienal de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid en el que se incluye un presupuesto para el desarrollo de alternativas sociales a la desistucionalización psiquiátrica. También este mismo año, el Ayuntamiento de Madrid, la Comunidad de Madrid y el IMSALUD, firman un convenio tripartito para la atención a la Salud Mental comunitaria, aunándose profesionales de las tres administraciones, en algunos Centros Municipales de Planificación Familiar y en otros espacios comunitarios.

En **1986** se publica la *Ley General de Sanidad*, que en su artículo 20 define la rehabilitación como una prestación sanitaria del Sistema General de Salud: *se desarrollaran los servicios de rehabilitación necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales; los servicios de salud mental y de aten-*

ción psiquiátrica del servicio sanitario general cubrirán asimismo, en coordinación con los servicios sociales los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

En 1987 a través del Decreto 122/1997, se crea la *red de Atención Social de la Consejería de Asuntos Sociales* mediante la concesión y contratación de plazas residenciales a Fundaciones, Empresas, Congregaciones religiosas, etc. Su función es procurar alojamiento y la rehabilitación con un carácter gratuito.

En 1989-1991 se diseña el *Primer Plan de Actuación de Salud Mental en la Comunidad de Madrid*. El apoyo legislativo e inicio de la Salud Mental Comunitaria es una decisión política apoyada con presupuesto y medidas técnicas: Se aumentan los equipos multiprofesionales con la posibilidad de incorporarse a los mismos, trabajadores pertenecientes a Instituciones psiquiátricas, de los Hospitales Psiquiátricos existentes, con el fin de iniciar y desarrollar un colectivo de profesionales dedicados a una asistencia y una atención basada en programas y no solo en consultas y/o intervenciones hospitalarias.

Este primer Plan de Salud Mental consolida los orígenes y fundamentos de la Reforma Psiquiátrica. La atención a los enfermos mentales cambia no solo de nombre: de la Psiquiatría a la Salud Mental, sino que incorpora nuevos principios filosóficos: *El desplazamiento de la atención del Hospital a la Comunidad, con un modelo de asistencia basado en el propio entorno del sujeto; con un intento de articular recursos alternativos para poder vivir en sociedad a personas con diagnósticos de enfermedad mental grave y crónica*, (Desviat, 1994).

Tres momentos en la historia de la Asistencia Psiquiátrica y el Trabajo Social en Madrid

1989 es el año en el que se vuelven a definir y consolidar los programas que se establecieron en el Informe: *La Reforma Psiquiátrica* (1982-1989) Comunidad de Madrid. Estos programas fueron definidos según el tipo de prestación y de modalidad de atención que se realiza. Se diseñaron con perspectivas de lograr una mayor eficiencia de los servicios, las intervenciones y actuaciones terapéuticas y estaban fundamentados en la idea de que este trabajo por programas permitiría una mayor flexibilidad en el uso de los recursos, fundamentalmente en las actuaciones sometidas a cambio constante, como la atención a la cronicidad. Observamos:

- Programas Transversales: *De evaluación; atención ambulatoria; atención domiciliaria; de apoyo y coordinación con atención primaria; apoyo y coordinación con los Servicios Sociales; hospitalización; rehabilitación y re-inserción social.*
- Programas Longitudinales: *Atención a la Salud Mental de niños y adolescentes; alcoholismo; psicogeriatría.*

En **1988-2002** surge el “*Programa de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Crónica*”. La Consejería de Asuntos Sociales, en su implicación con las personas con enfermedad mental y apostando por la atención comunitaria promueven recursos y servicios sociales de apoyo a la desinstitucionalización psiquiátrica. Tienen el criterio de que la atención integral a las problemáticas sanitarias y sociales de las personas con enfermedad mental grave y crónica requiere de la coordinación y complementariedad del Sistema Sanitario y del Sistema de Servicios Sociales.

En **2001** se aprueba la “*Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid*”, la aplicación

de esta ley (LOSCAN) cambia el discurso asistencial y distingue entre las funciones burocráticas y administrativas y las funciones estrictamente prestadoras del Servicio Asistencial. Para ello establece nítidamente la separación de las funciones de aseguramiento, compra y provisión. Dicha ley plantea un modelo que tiende hacia la mercantilización del Sistema de Salud, mediante la compra de servicios, “el dinero sigue al paciente” “Supone un cambio importante de ideología y de la manera de abordar los problemas sanitarios así como la manera de dar respuesta a ellos. Se crea el Área Única de Salud en toda la Comunidad de Madrid, rompiendo la filosofía de coordinación de los diferentes niveles de Salud y de Servicios Sociales, del territorio, de distrito y área sanitaria.

En **2003-2007** surge el “*Plan de Atención Social a la Enfermedad Mental grave y crónica de la Consejería de Bienestar Social*”. Nace con el fin de procurar respuestas a las necesidades sociales y psicosociales apoyando los procesos rehabilitadores, evitando situaciones de marginación, deterioro y exclusión y apoyando el mantenimiento y la integración en la sociedad.

Fundamentado en que la atención comunitaria a los enfermos mentales crónicos no puede descansar exclusivamente en el Sistema Sanitario de Salud Mental sino que exige implicación y dedicación del sistema de Servicios Sociales. Dichos Servicios Sociales deben jugar un papel esencial en la rehabilitación e integración social de los enfermos mentales crónicos desde una lógica de coordinación, colaboración y complementariedad con el Sistema Sanitario de Salud Mental.

La intervención social debe conjugar la cobertura de las necesidades sociales básicas como ciudadanos de pleno derecho y los servicios

sociales especializados que atiendan sus necesidades específicas de soporte y apoyo social. (Rodríguez, 2003)

Se consolida, en los equipos terapéuticos, la visión que el abordaje de la rehabilitación de un paciente con enfermedad mental grave y crónica, no solo requiere de indicaciones clínicas sino que precisa incluir medidas sociales. Estas medidas, en numerosas ocasiones, determinan y actúan como elementos de mejoría o de agravamiento de la enfermedad mental crónica. El trabajo social comunitario, con los programas y recursos de apoyo social, toma relevancia en la coordinación y colaboración con los dispositivos y permite elaborar un plan terapéutico integral.

En el 2003-2008 emerge “*Segundo Plan de Salud de Atención a la Enfermedad Mental*” Se mantiene el convenio tripartito, entre las tres administraciones, entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid con una política de servicios cuyo eje es la continuidad de cuidados.

Los objetivos y tareas que adquieren los Trabajadores Sociales según los principios del Plan de Salud Mental se aglutinan en: la integración del paciente en su medio social, familiar y de vecindario; establecer lazos de conexión entre el medio, el paciente y el equipo terapéutico; fomentar y potenciar asociaciones de familiares y usuarios. En definitiva atender a una población vulnerable en las relaciones sociales, fomentar y mantener la autonomía en el paciente y la familia, la defensa de los derechos sociales; la adherencia al tratamiento; la gestión de las condiciones básicas de habitabilidad en los domicilios; el cuidado de la vida cotidiana (alojamiento, aseo, limpieza, comi-

das etc.) el incremento de capacidades de manejo del dinero, del tiempo, de las relaciones sociales, de la comunicación con otros, del ocio; la participación activa en su proceso de rehabilitación. etc. en general, el poder proveer de condiciones de una vida lo más autónoma y satisfactoria posible.

En 2003 surge la “*Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS)*” supone un cambio de percepción en la función del trabajo social en el ámbito de la salud. La intervención social es considerada como una prestación de apoyo y el trabajador social como profesional no sanitario. Las intervenciones o propuestas sociales, no se consideran tan terapéuticas ni igualitarias como las del resto de intervenciones profesionales. Esta situación ha posibilitado a los responsables o gerentes, de quienes dependemos los trabajadores sociales de los equipos de salud, una interpretación amplia y ambigua de criterios de funcionamiento. sí, se pueden simultanear situaciones muy contradictorias, por ejemplo, en algunos Hospitales no está permitida la utilización ni acceso de los trabajadores sociales a las Historias Clínicas de los pacientes, ni para consulta ni para aportación de información de interés, mientras que en otros la integración y la participación con los equipos es total.

Los trabajadores sociales incorporados durante años, en los equipos de profesionales sanitarios, iniciamos una batalla, resultó perdida, por seguir incluidos y considerados como profesionales sanitarios, a nivel de reconocimiento laboral y de funcionamiento. La actual dependencia orgánica de los trabajadores sociales es del Servicio de Atención al Paciente o de la Dirección de Enfermería. Nuestra propuesta era la dependencia del Gerente del Hospital, ya que apostábamos por una organización de trabajo más autónoma y con criterios acordes a los principios del trabajo social.

Tres momentos en la historia de la Asistencia Psiquiátrica y el Trabajo Social en Madrid

En los Servicios de Salud Mental dependientes de los Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid, no ha cambiado, todavía, el sistema de funcionamiento aunque sí el de contrataciones. Ya intuíamos que los efectos de esta Ley no serían solo de reconocimiento laboral sino que tendría otro tipo de consecuencias.

2.1.- El Trabajo Social de Salud Mental Comunitaria

Así, con el relato de nuestros inicios y desarrollo de los últimos treinta años, con la implantación del trabajo comunitario en salud mental, los profesionales trabajadores sociales hemos ido evolucionando en técnicas y estrategias en función de los cambios sociales, económicos, políticos en los que se ha visto enmarcado el país y sus políticas de salud. A este hecho se añaden las peculiaridades de los equipos profesionales de los diferentes Servicios de Salud Mental, desiguales en su desarrollo y en sus prioridades de atención al ámbito de población. Así algunos equipos son más proclives al trabajo con familias, niños, a algunas patologías emergentes como trastornos de personalidad, etc. En general hemos centrado nuestra atención e intervención a los pacientes con enfermedad mental grave y crónica

En el año **2002**, El grupo de Trabajadores Sociales de Salud Mental del Colegio de Madrid auspicia y logra consensuar, entre los profesionales, un documento de funciones que publica y avala la Oficina Regional de Salud de la Comunidad de Madrid. *Informe sobre el Trabajo Social en Salud Mental* (AMSM).

En dicho informe se analiza la perspectiva integradora del trabajo social y se definen las funciones y actuaciones desde tres niveles:

Asistenciales/terapéuticas; preventivas; de coordinación o enlace, el trabajo en red. Con una perspectiva holística en los tres niveles: individuo grupo y comunidad.

Entre las funciones y tareas de la salud mental comunitaria, en general, y desde el trabajo social en particular, el trabajador social desde la reforma psiquiátrica, reinventa su trabajo y se erige como garante y defensor de los derechos ciudadanos de los enfermos mentales y como alentador del espíritu de ciudadanía en un colectivo de personas, que por el tipo de enfermedad y su cronicidad, habían estado, históricamente, desprovistas de cualquier participación social. El cambio cualitativo de un trabajo social individual, asistencial, al trabajo comunitario pasa de una atención focalizada exclusivamente en la persona y sus necesidades a una mirada amplia y compleja de recursos y potencialidades del entorno social comunitario.

2.2.- La evolución del modelo de trabajo en salud mental

No hay un modelo único de trabajo social en salud mental y además esta muy mediatizado por las diferentes medidas políticas, los planes asistenciales, la ideología y los diferentes referentes teóricos no solo de los propios profesionales, trabajadores sociales, sino de los responsables de los distintos servicios. Las condiciones contextuales y la tendencia y formación personal ha desencadenado que la orientación profesional también ha sido muy variada, entre un modelo de implicación mas social y comunitario o otros mas individualistas y terapéuticos con diferentes orientaciones: sistémica, psicoanalista o cognitivo conductual.

En general, en una primera etapa, a la que llamaríamos de euforia del trabajo comunitario la

motivación de los profesionales y en especial de los trabajadores sociales estaba muy centrada en el Modelo de Salud Mental Comunitaria trabajando en conexión con los Servicios Sociales Generales.

Un principio fundamental del enfoque comunitario, que mantenemos, es que cualquier programa de rehabilitación debe centrarse en cada caso individual con una intervención específica, cuidando las necesidades, ritmo y desarrollo personal (Caplan, G., 1985)

La demanda asistencial en los primeros años era menor por lo que se hizo posible la creación de las redes comunitarias, con unos sistemas de coordinación ágiles que facilitaron la demanda mutua. Se elaboraron programas y actuaciones complementarias para atender demandas a colectivos de población como mayores, enfermos mentales sin tratamiento. Se pusieron en marcha talleres conjuntos para la mujer, la formación de cuidadores de ayuda a domicilio, grupos de reinserción social etc. Se colaboraba y coordinaba con otros profesionales y agentes sociales como educadores, de familia, de calle, orientadores laborales, asesores legales, psicólogos de apoyo al programa Municipal de Infancia, agentes de igualdad, orientadores laborales, vocales de salud, responsables de asociaciones de vecinos etc.

Concretamente en el distrito de Hortaleza se mantuvo durante varios años una coordinadora de trabajadores sociales de instituciones, asociaciones y proyectos del distrito. Instituida por los profesionales de salud mental y coordinada horizontalmente por los profesionales del barrio. Se mantuvo con estabilidad durante varios años, con sesiones esporádicas de supervisión y asesoría de profesionales externos y permitió una mayor permeabilidad y aceptación social de los enfer-

mos mentales. Este trabajo en red contribuyó a la lucha contra el estigma social y la participación e integración social de personas con enfermedad mental.

La función del trabajador social, del equipo de salud mental, no solo tenía el objetivo de coordinarse con su propio colectivo de profesionales sino con los diferentes agentes sociales conformando un espacio socio-sanitario no solo para dar respuesta a la demanda sino para conseguir una programación comunitaria.

El crecimiento de la demanda de consultas coincidiendo con una mayor burocratización de los Servicios Sociales generales, que ganan en prestaciones pero pierden en disponibilidad de atención y acercamiento al ciudadano, determinaron la necesidad de dar prioridad a la atención asistencial con la pérdida de actividad comunitaria reduciendo la coordinación a espacios formales, reuniones de coordinación en las mesas del menor, derivaciones y traslado de expedientes, bidireccional, etc.; derivando, en general, la coordinación a un trabajo más individual y de seguimiento de casos, más que a un trabajo complementario en la lucha contra la exclusión social de la enfermedad mental.

En los años 2004, durante la gestión asistencial y centralizada de la Oficina Regional de la Salud Mental y coincidiendo con el aumento y cambio en la demanda se emprende una reconceptualización del Programa de Rehabilitación y se concreta y concentra en un método e instrumento de trabajo denominado continuidad de cuidados. Trata de compartir el seguimiento de pacientes diagnosticados de enfermedad mental grave y crónica los profesionales de titulación media, trabajadores sociales, enfermería y terapia ocupacional. Se asig-

Tres momentos en la historia de la Asistencia Psiquiátrica y el Trabajo Social en Madrid

nan a los pacientes dependiendo de la problemática específica, social, sanitaria y/o de desarrollo o adquisición de habilidades. Se crea la figura del tutor o continuador de cuidados, quienes asumen la coordinación del tratamiento, con mas peso terapéutico para enfermería y trabajo social. Continuidad de cuidados, es un modelo de atención sanitaria y social que pretende la atención integral a las necesidades de los pacientes con trastorno mental grave. Se desarrolla tanto dentro de los servicios de salud mental como en el entorno vital siendo la relación con el profesional el principal recurso. El coordinador de cuidados, marca un abordaje integral de necesidades haciendo una valoración de las mismas desde las diferentes disciplinas. (Pérez, M.: 2004)

La continuidad de cuidados se establece como garante del modelo comunitario en que prima el acompañamiento a lo largo de la red así como dicha coordinación comunitaria. Entre sus objetivos están el mantener a las personas en su medio habitual, procurarles unos servicios básicos que garanticen la mayor autonomía posible, la participación en el proceso de rehabilitación, así como la defensa de sus derechos como ciudadanos. Todo ello contando con el apoyo y el soporte de los recursos alternativos a la institucionalización psiquiátrica.

Durante los años **2008-2011** *“Consejería de Servicios Sociales se consolida la red pública de Atención Social a las personas con enfermedad mental grave duradera”*

Paulatinamente se han ido aumentando la red de recursos de apoyo a la enfermedad mental, constituidos en Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Centros de Día de Soporte Social; Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) Mini residencias,

pisos tutelados y Equipos de Apoyo Comunitario (EAC).

Los EAC constituidos por profesionales psicólogos, trabajadores sociales y educadores; desde la experiencia de rehabilitación de casos de pacientes mas graves y resistentes a la integración social han jugado y siguen hoy, representando el trabajo mas comunitario por su condición intrínseca de trabajo en domicilio, personalizado, no solo en características sino en ritmos. Suponen un apoyo y acompañamiento del paciente a los recursos sociales específicos o normalizados que evitan situaciones de marginalidad y exclusión. **Sánchez Tera y otros. (2008)**

3. Dónde estamos hoy y hacia dónde vamos

En el periodo que oscila entre 2010-2014 surge el *“Tercer Plan Estratégico de Salud Mental”*. La asistencia psiquiátrica se incorpora en el Sistema de Salud como una especialidad más de todo el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. Se establece la dependencia funcional de las Gerencias de Hospitales. Este Plan expresa a lo largo de su desarrollo un modelo jerárquico con el eje central de atención en el Hospital, con un modelo económico de atención, la compra de servicios y el seguimiento del dinero al paciente. *“La atención a la Salud Mental se integrará en la nueva organización de la sanidad pública madrileña que se conforma en Unidades Asistenciales funcionales con su referencia territorial y poblacional. En cada Unidad Asistencial se integran los equipos de Atención Primaria, las unidades de atención ambulatoria especializada entre los que se encuentran los Servicios de Salud Mental ambulatorios y el Hospital”*.

La descentralización de la Oficina Regional de la Salud Mental, la adscripción como una especialidad médica, la dependencia orgánica de las gerencias de Hospitales, suponen un cambio, no solo de lenguaje sino de concepción de la asistencia y de la forma de trabajar hasta el momento con un enfoque multiprofesional y comunitario.

3.1.- ¿Qué hemos perdido en los equipos comunitarios?

En estos momentos la Salud Mental está en riesgo de perder la especificidad de una atención multiprofesional, que va mas allá de una especialidad del Sistema Sanitario, con actuaciones interprofesionales, complementarias, y decisiones en equipo, que suponen una intervención holística del paciente. La enfermedad mental crónica necesita un abordaje terapéutico que incluya seguimiento continuo, no solo farmacológico sino psicológico y social, teniendo en cuenta el entorno comunitario.

La libre elección de área y de Servicio de Salud contrapone la filosofía de un trabajo comunitario y de continuidad de cuidados. En las prestaciones comunitarias han dejado de existir ayudas, recursos y apoyos comunitarios, complementarios a los planes de integración social o de mejora de la salud mental. Ayudas individuales para los ciudadanos, vecinos de un distrito, del grupo familiar, ayudas orientadas a los niños en su tiempo extraescolar, becas de comedor, actividades de ocio. Apoyos económicos y de soporte a la tercera edad, perdida de presupuesto para ayudas sociales familiares; reducción de profesionales como la asesoría legal, agentes de igualdad, orientadores laborales, aula de la mujer, educadores de calle, actividades de jóvenes...

3.2.- ¿Qué se mantiene en la red de salud mental?

Mantenemos los recursos sociales especializados del Plan de Atención Social a la Enfermedad Mental grave y crónica. Recursos que mantienen su autonomía del Sistema de Servicios Sociales, no sujetos a baremación económica social, conservando la independencia, también, en el criterio de derivación coordinada entre recursos y dispositivos de Salud Mental. Ahora nos queda, sobre todo, intención de mantener el sistema de equipo y la experiencia de los éxitos del trabajo en la comunidad aunque falten acuerdos políticos que consoliden y proyecten mantener esta forma de abordar la enfermedad mental.

En esta época de cambio y de recortes ha surgido un movimiento, entre profesionales, en el ámbito infantil/juvenil, para priorizar la atención a la infancia como colectivo más vulnerable y necesario de coordinación entre dispositivos sanitarios y sociales, educativos, formalizando un protocolo de continuidad de cuidados en niños y adolescentes.

3.3.- ¿Hacia dónde vamos?

Hacia una Salud Mental medicalizada y mediaticizada por los costes económicos y los tiempos de consulta, intentando encasillar una atención con dos modalidades de atención, primeras consultas y de seguimiento; ignorando la idiosincrasia del seguimiento, de algunos pacientes, que precisan mantener la accesibilidad y disponibilidad. Una concepción de especialidad médica que tiende a ordenar las consultas en tiempos e intervenciones cerradas en contraposición a la disponibilidad de unos profesionales, facultativos y no facultativos, cercanos que contienen, que evitan crisis y en general consecuencias de mayor efecto como numerosos ingresos psiquiátricos.

Tres momentos en la historia de la Asistencia Psiquiátrica y el Trabajo Social en Madrid

3.4.- Crisis económica y salud mental: Informe SESPAS 2014

Nos parece importante reflexionar y no obviar en dónde estamos y hacia dónde vamos, para lo que traemos datos del informe técnico de la Revista Gaceta Sanitaria.

Algunos datos del estudio IMPACT21 que tenía el objetivo de comparar la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en atención primaria en dos momentos económicos diferentes (antes y durante la actual crisis económica) y analizar el impacto del aumento del desempleo sobre la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en este ámbito. *Existen ciertas controversias acerca del impacto positivo o negativo de las crisis económicas sobre la salud general. En cambio, hay amplio consenso en cuanto a que la salud mental se ve negativamente afectada en los periodos de recesión económica. Ha comparado la prevalencia de trastornos mentales en atención primaria en España, antes y durante la crisis económica (2006-2010): los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y somatomorfos y el abuso de alcohol, aumentaron de manera significativa durante la crisis económica. Para reducir el impacto de esta crisis sobre la salud mental se sugieren diferentes medidas activas de política asistencial, preventiva y social.*

En las recomendaciones de dicho informe, incluyen entre otros aspectos, políticas sociales de promoción para personas con dificultades económicas básicas, una aceleración en la reforma asistencial en Salud Mental en el sentido de incrementar los servicios comunitarios y el mantener la cobertura sanitaria de manera universal. Expone también que la complejidad del concepto de «salud mental» alcanza ámbitos de actuación que

van incluso más allá de las políticas específicas en salud. Los determinantes sociales de una crisis económica no pueden dejarse de lado, sino que han de formar parte prioritaria de una actuación de política integral. (Gilli, M.; García Campayo, J.; Roca.; Informe Sespas: 2014)

4. Relato y evolución de un caso de intervención comunitaria

Se trata de un varón, lo denominaremos M, natural de Madrid, con fecha de nacimiento en 1952, casado desde los 24 años con una mujer a quien denominaremos como A, con fecha de nacimiento en 1956 con déficit intelectual medio. Residen en vivienda propia. Conocidos y en seguimiento en Salud Mental desde el año 1984.

En 1984 se presenta la primera demanda en salud mental proviene de la madre de M., viuda, natural de pueblo de Extremadura quien denuncia desamparo de sus nietos menores, hija de 7 años e hijo de 6 años de edad, por el abandono y desatención en sus cuidados.

M. y A., han tenido otros cuatro embarazos, previos a los dos hijos actuales, sin llegar a término; vivienda unifamiliar de poblado de absorción, propiedad de la madre de M.

1ª Intervención conjunta desde Salud Mental y Servicios Sociales para iniciar estudio de acogimiento de dichos menores por la abuela paterna.

Se produce una visita domiciliaria conjunta: Servicios Sociales y Salud Mental. En dicha visita se observa un domicilio en situación muy precaria. Vivienda unifamiliar de dos alturas, de escasas dimensiones, que no cuenta con cuarto de baño

ni cocina; sin muebles, solo con colchones en el suelo, sin ninguna higiene y con restos de comida y latas en el suelo.

La pareja de M, presenta aspecto muy descuidado y con poca capacidad de expresión verbal. Impresiona el estado de oligofrenia, no es capaz de informar de antecedentes familiares. No sabe leer ni escribir y ambos expresan que no saben cocinar y que se alimentan de latas y productos sin elaboración. Se gestiona acogimiento provisional y de urgencia de los menores por la abuela quien se traslada a su pueblo en Extremadura.

En 1984, se inicia con M. tratamiento en Salud Mental por problema de alcoholismo, (bebedor desde los 13 años) y diagnóstico de posible atrofia cerebral y retraso mental leve. Antecedentes de Ingreso por delirium tremens, en el Hospital de la Paz cuando contaba con 20 años de edad.

En 1985, es concedida la acogida legal de los menores a la abuela y se traslada definitivamente a vivir fuera de Madrid. El hijo varón presenta también diagnóstico de debilidad mental ligera.

Se establece acompañamiento e implicación de tratamiento para A, del Servicio de Planificación Familiar Municipal, como medida preventiva familiar.

En 1987-88, M es trabajador de la construcción con numerosas bajas por enfermedad se inicia tramitación de incapacidad laboral con resolución: invalidez permanente para su trabajo habitual con prestación de pensión por incapacidad permanente.

En los momentos de la demanda, viven de la ayuda familiar de la abuela y de la recogida de cartones y objetos reciclables por el barrio. Van

siempre en pareja y son muy conocidos en el Distrito, por su recorrido habitual en la recogida en los contenedores de basura con un carro de supermercado. Las reacciones en el barrio son ambivalentes entre la protección y/o la denuncia por su falta de higiene tanto en ellos mismos como en la vivienda.

En 1986 se incorporan al Programa de Ayuda Familiar de Servicios Sociales y mantienen seguimiento en Salud Mental con intervención desde ambas instituciones.

El seguimiento terapéutico y farmacológico en el Servicio de Salud Mental es irregular con incumplimiento en las citas aunque M. acude en múltiples ocasiones a los servicios de urgencias; en muchas ocasiones motivadas por los efectos de su alcoholismo y sus relaciones de pareja conflictivas. Aunque la mujer cuando acude a urgencias, alega en muchas ocasiones malos tratos, en todas las consultas e intervenciones profesionales, vienen juntos mostrándose A. muy infantilizada, con muy poca capacidad de reflexión y con una relación de dependencia muy importante.

Durante los años siguientes de seguimiento de la intervención social, M. no tiene ningún ingreso psiquiátrico. Tras conseguir las prestaciones económicas abandonan la consulta y rechazan la ayuda a domicilio facilitada por Servicios Sociales. Con el soporte económico de la pensión han organizado su comida en los bares y M. ha conseguido una disminución importante de la ingesta de alcohol.

En el año 2003, son derivados de nuevo al Centro de Salud Mental, a través de la asociación del barrio. Viene acompañado con una voluntaria de dicha asociación, quien relata la queja de los vecinos cercanos por las consecuencias de insalubri-

Tres momentos en la historia de la Asistencia Psiquiátrica y el Trabajo Social en Madrid

dad al mantener una vivienda en condiciones de sudead y abandono.

En el año 2004, a través del convenio de colaboración entre Servicios Sociales y Salud Mental en la atención a los enfermos mentales graves y crónicos, se incorpora la pareja al *“Programa Intervención y Atención a domicilio para personas con enfermedad mental crónica”*, llevado a cabo por la Asociación Candelita (Centro de Promoción Personal y Desarrollo Colectivo) en coordinación con el equipo de Salud Mental.

El programa de atención es llevado a cabo conjuntamente entre Salud Mental, Servicios Sociales, y la Asociación Candelita con actividad diaria de asistencia a un recurso de cesión municipal que consiste en actividades de grupo, como talleres de memoria, de autocuidados, de movilidad, de ocio etc. Así como un seguimiento individual de cuidados y de atención domiciliaria.

Se les facilita de nuevo la prestación de ayuda a domicilio y aceptan la supervisión y administración de los gastos con el objetivo de mejorar las condiciones de la vivienda.

En 2006, acompañamiento y asesoría de las gestiones necesarias para conseguir el cambio de domicilio propuesto por la remodelación del barrio donde mantienen su vivienda.

En 2007, les conceden nueva vivienda. Situada en el distrito de Tetuán. Son derivados a los servicios sociales de Tetuán aunque permanecen en seguimiento en Salud Mental en el distrito por mantener el seguimiento terapéutico.

En 2009 se propone un nuevo planteamiento profesional. Iniciación de expediente de incapaci-

dad en la Fiscalía del Enfermo mental, dada la escasa capacidad de ambos en la administración económica.

En 2010 se consigue sentencia de curatela en la administración económica de sus ingresos siendo tutelados por la Agencia de Tutela del Adulto (AMTA).

Dada la mejoría de M. de su sintomatología derivada del alcohol y la motivación por realizar alguna actividad, es derivado al Centro de Rehabilitación de San Enrique por la cercanía de su nueva vivienda y por la motivación que expresa de aumentar su Red Social. Nos informan que acude al Centro, aseado y acompañado por un educador de calle. Se incorpora al taller de pintura y cultura general, además de ofrecerle las actividades del Centro Social de ocio, algunos días de la semana. Muestra interés y capacidad de aprender.

Mantiene la convivencia en pareja con A. y ha reiniciado el contacto con sus hijos, sobre todo con el varón, internado en una institución para personas discapacitadas. La hija casada y con dos menores, se muestra reacia a reanudar la relación positiva con sus padres y evita el encuentro con ella y los nietos. Residen en Extremadura.

En 2012-2013 apoyados con recursos sociales de Ayuda a domicilio, comedor y con supervisión y control económico, mantienen la vivienda en buenas condiciones. En estos momentos se encuentran en proceso de valoración de su nivel de dependencia.

M. mantiene una relación muy positiva con el Centro de Rehabilitación y lleva a presentar a su hijo durante las vacaciones de este y se muestra muy satisfecho de tener una vida más organiza-

da y satisfactoria. No consume alcohol y se siente muy gratificado por haber podido acceder y conocer centros culturales como teatros, exposiciones etc. en otros momentos muy alejados de su vida social.

En 2014, M. deja voluntariamente las actividades de la mañana del Centro de Rehabilitación San Enrique, ya que su mujer A. ha comenzado a ir a un centro para deficientes y al tener un perro en el domicilio no quieren dejarle solo ya que molesta e interfiere a la convivencia con los vecinos.

Mantiene contacto con el Centro Social y asiste tres días a la semana manteniendo buena relación con los compañeros y profesionales con los que ha aprendido a relacionarse de una manera más adecuada. La presentación de este caso supone un modelo de intervención social con continuidad de cuidados, con un acompañamiento que se inicia desde la creación de la red de salud mental y un modelo de trabajo de coordinación de recursos sanitarios, sociales, públicos y privados. Partiendo de un pronóstico inicial muy poco favorable, en personas muy deficitarias en sus recursos propios y ajenos, del entorno familiar, social, económico y de salud que podían haber desembocado en una vida de exclusión o institucionalizada, han conseguido una vida autónoma y digna a través de la red de soportes sociales y sanitarios, que con continuidad en el tiempo, les ha permitido una integración en la sociedad.

5. Conclusiones

Consideramos que el trabajo social en salud mental es un trabajo especializado que atiende a una población que sufre, por las propias características del colectivo, el estigma social. Su proble-

mática y sus dificultades de relación con la sociedad, conforman una importante población que, en general, no acude de manera autónoma a solicitar ayuda social y necesitan un seguimiento y coordinación profesional para incorporarse al sistema y defender sus derechos ciudadanos y prestaciones sociales.

Para los pacientes, sobre todo con enfermedad mental grave y crónica creemos imprescindibles unos recursos sanitarios y sociales con un espacio de coordinación. Este espacio de encuentro entre profesionales sociales y sanitarios, debe ser un lugar de intercambio, horizontal, donde poner en común los distintos saberes y potencialidades que cada uno individualmente no puede dar respuesta al problema planteado.

Aunque la salud integral sea un concepto teórico asumido por todos los técnicos que intervienen: como la interacción de variables biológicas, psicológicas y sociales; también es verdad, que el desarrollo de la medicina de consumo tiende cada vez más a descontextualizar al ser humano y considerarle como un bien de uso y la medicina dispuesta a satisfacer cualquier demanda. Con este discurso médico se corre el riesgo de poder invisibilizar el trabajo social como profesión sanitaria. (Estalayo ML.: 2014)

Bibliografía

Alonso, C. (2000) 25 años de profesión en Salud Mental. Monográfico de Salud Mental *Trabajo Social Hoy*. Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid. 6-22.

Alonso, C., Gil, D. y Perez, Ml. (2004) Algunas reflexiones sobre la atención social a las personas con enfermedad mental grave y crónica. A propósito del Plan de atención

Tres momentos en la historia de la Asistencia Psiquiátrica y el Trabajo Social en Madrid

social a enfermos mentales graves y crónicos de la consejería de servicios sociales. *Revista AMSM*.

Caplan, G. (1985) *Principios de Psiquiatría Comunitaria*, 43-71. Buenos Aires: Paidós.

Desviat, M. (1994) *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid- Dinarte

Estalayo, LM. (2014) La invisibilidad del Trabajo Social como profesión sanitaria. Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid. *Trabajo Social Hoy* (71). 63-72.

Gilli, M., García Campayo, y Roca J. (2014) Crisis Económica y Salud: Informe Sespas Madrid. *Gaceta Sanitaria* (28).

González, E. y Castayer, M. (2000) *Entrevista en Monográfico de Salud Mental* número 28. Trabajo Social Hoy Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid 23-27

Grupo del Colegio de Madrid, de profesionales de Salud Mental de los Servicios Públicos de la Comunidad de Madrid (2003) *Informe sobre Trabajo Social en Salud Mental*. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental. AMSM. Madrid: autor.

Informe Sespas, (2014) Sobre Crisis Económica y Salud. *Sociedad española de Salud Pública y Administración Sanitaria*.

Pérez, M. (2004) *Documentos de trabajo* del equipo de la Oficina regional de la Comunidad de Madrid 2004.

Rodríguez, A. (2003) *Documentos de trabajo* de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Sánchez Vicente, MC; Sánchez Tera, MJ y otros; (2008) El papel de Trabajador Social en los distintos recursos del Plan de Atención social a personas con enfermedad Mental Grave y Crónica. Colegio de Trabajo Social de Madrid. *Trabajo Social Hoy*, (55) 71-87.

Referencias legislativas:

-Informe de la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 Código Civil español.

-Informe de la Reforma Psiquiátrica (1982-1989) Comunidad de Madrid.

-Informe Ministerial para la asistencia Psiquiátrica (1985).

-La declaración europea de Salud Mental celebrada en Helsinki en el año 2005.

-Ley general de sanidad (1986).

-Ley de Ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAN 2001).

-Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) (2003).

-Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003).

-Libro Blanco sobre la Atención socio sanitaria (2011) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid.

-Plan Estratégico de Salud Mental (2010-2014).

-Plan de Atención Social a la Enfermedad Mental grave y crónica de la Consejería de Bienestar Social (2003-2007).

Primer Plan de Actuación de Salud Mental en la Comunidad de Madrid (1989-1991).

Segundo Plan de Salud de Atención a la Enfermedad Mental (2003-2008).

Coordinación sociosanitaria desde la atención social primaria/unidad de trabajo social del Sistema de Servicios Sociales

M^a Isabel López Serrano

Resumen

La coordinación sociosanitaria requiere la participación de los dos sistemas de protección social y sanitario, desde sus individualidades. Se analiza desde la propia estructura básica del Sistema público de Servicios Sociales, los Centros de Servicios Sociales y la Unidades de Trabajo Social, en que ámbitos, colectivos y situaciones se interviene de forma conjunta y de manera continuada con el sistema sanitario, la importancia del profesional de referencia y los criterios de la intervención social, donde el enfoque intersectorial es inherente a una intervención integral y global, dirigido a toda la ciudadanía en desprotección social con necesidades sociales y sanitarias.

Se argumenta un espacio de coordinación sociosanitaria como un marco inter organizacional estructurado que permitiría la definición de mecanismos para facilitar la comunicación, la información compartida y la colaboración, mientras que la financiación y las responsabilidades se mantendrían independientes por parte de las organizaciones implicadas.

Palabras clave

Coordinación sociosanitaria. Profesional de referencia. Estructuras de coordinación sociosanitarias. Procesos y protocolos de coordinación. Cartera/catálogo de servicios sociosanitarios.

Abstract

The social-health coordination requires the participation of both systems: social and health protection, each of them from their characteristics. It is analyzed from its own basic structure own basic structure of the Social Care Services of the Public System, Social Services Centers and the Social Work Units, the fields, collectives and situations that take part continuously all the institutions in, with the health system; the professional of reference importance and the criteria of social intervention, where the inter-sectoral point of view is inherent to a global and integral intervention, aimed at the whole citizens in social vulnerability who are in need of social care and health protection.

The social- health coordination scope covers the inter organizational framework which would allow the definition of all the mechanism in order to communicate all the fields, to share the information and the collaboration between all the areas, while the financing and the responsibilities would be remained independent by all the involved organizations.

Keywords

Social and health care coordination. Professional of reference. Social-Health coordination structures. Coordination of processes and protocols. Social and health care services portfolio/catalogue.

M^a Isabel López Serrano

Trabajadora social.

Trabajadora social de unidad de trabajo social de zona en el Ayuntamiento de Madrid.

Introducción

El Sistema Público de Servicios Sociales está formado por una red de ayudas, prestaciones, servicios, programas de prevención y promoción social, y equipamientos de centros, que se han ido desarrollado durante 35 años financiados por el Estado, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales, a través del Plan Concertado y otros Programas sectoriales, las dos primeras administraciones fueron perdiendo paulatinamente interés en la financiación, adquiriendo mayor relevancia la aportación económica procedente de la Administración Local, que llegó a aportar hasta el 60% del total en el cómputo global.

La implementación de la Ley de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, defendida por los diferentes partidos políticos como el IV.

Pilar del Bienestar Social, ha provocado un mayor debilitamiento del Sistema Público de Servicios Sociales, el cual ya partía de una situación frágil debido al desarrollo complejo y desigual entre distintas comunidades autónomas y municipios. La ley representa un importante avance en la política social española al reconocer como derecho subjetivo el acceso a prestaciones y servicios a la ciudadanía con dificultades de autonomía personal, aunque las posteriores modificaciones legislativas y financieras están limitando este derecho social.

El desarrollo de la propia Ley ha sido desigual entre los distintos territorios autonómicos, y uno de los principales factores ha sido el contar con la propia red básica de atención del Sistema de Servicios Sociales para adquirir una mayor eficacia, aquellas comunidades autónomas que la han tenido en cuenta tienen mejores resultados generales.

La situación de crisis financiera ha provocado un abordaje del déficit público del Estado y de las Comunidades Autónomas que se está materializando en la aplicación del control del gasto público en los ámbitos sociales de sanidad, educación y servicios sociales, con una consecuencia directa en las reducciones de sus presupuestos. En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Asuntos Sociales ha tenido una reducción del 30% desde el año 2010, representa solo el 8% del presupuesto general autonómico.

La Ley para la Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local que cambia la anterior Ley de Bases de Régimen Local de 1985 modifica las competencias respecto a los servicios sociales tanto de las entidades locales y la administración autonómica, y determina la sostenibilidad financiera de las entidades como criterio único de decisión sobre su futuro y organización, especialmente provoca incertidumbre sobre el futuro de la estructura básica de la atención social primaria del Sistema Público de Servicios Sociales. Las actitudes frente a la ley son diferentes, nuevamente, según las diferentes CCAA.

Se definen como competencias propias en los Municipios con población superior a 20.000 habitantes, **“evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social”** reduciendo las prestaciones de servicios sociales y de promoción y reinserción social a dar información y atención de situaciones de urgencia. La prestación de los servicios sociales será competencia de las Comunidades Autónomas. Los municipios no podrán ejercer competencias impropias sino es por **delegación**, pero siempre garantizando la sostenibilidad financiera y acompañada por la suficiente financiación,

solo para municipios de mas 20.000 habitantes, en tres meses el resto de municipios y mancomunidades deberán presentar sus cuentas ante los organismos correspondientes del Estado y de la Comunidad Autónoma respectiva para no incurrir en causa de disolución.

Tras la entrada en vigor de esta Ley, la titularidad de las competencias que se preveían como propias del Municipio relativas a la **prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social**, corresponde a las Comunidades Autónomas, que podrán establecer a partir de ese momento las medidas que consideren necesarias para la racionalización del servicio, en el **plazo máximo de un año** y previa elaboración de un plan para la evaluación, reestructuración e implantación de los servicios, las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, habrán de asumir la cobertura inmediata de dicha prestación. La obligación del control del déficit financiero de las administraciones autonómicas no les permite ningún aumento presupuestario y por lo tanto la imposibilidad de asumir nuevos servicios.

El Sistema de Servicios Sociales parte de una debilidad de principio al no estar recogido como derecho fundamental en la Constitución española el acceso a la red publica de servicios sociales, su competencia autonómica y la falta de consenso político, ha impedido existencia de una Ley Marco estatal que lo reconozca como derechos sociales con los principios de universalidad, igualdad y proximidad.

En este marco general comienza a plantearse con más fuerza en la política social el tema de la coordinación sociosanitaria, con un lenguaje confuso que crea dudas sobre una propuesta de

un tercer sector, es una nueva incertidumbre para el propio desarrollo del Sistema de Servicios Sociales.

1. Coordinación sociosanitaria desde la atención social primaria de servicios sociales

Los cambios demográficos, el envejecimiento de la población, los cambios de los modelos familiares etc. además de las dificultades en la continuidad de cuidados para los enfermos crónicos de los sistemas sanitario y social, llevan preocupando a las administraciones desde hace una década, elaborando Leyes, Decretos y Planes Sociosanitarios de distinta importancia y efectividad, como ejemplos estarían Castilla y León y el País Vasco.

La atención de las necesidades sociosanitarias requiere de la participación de estructuras y servicios de los dos sectores: el sanitario y el de los servicios sociales. Hay tres planteamientos:

- Integración de los sectores.
- Creación de un nuevo sector.
- Coordinación entre ambos sistemas.

La diferencia entre los sistemas sanitarios y sociales esta relacionada con un desarrollo distinto, mientras que la asistencia sanitaria es considerada como un derecho y como tal, tiene cobertura universal o casi universal, tienen un conjunto común de normas más definidas y principios financieros. Los servicios sociales de atención no tienen ni el derecho ni la cobertura universal garantizada, es un sistema descentralizado, con gran participación del tercer sector y entidades privadas, auto-

Coordinación sociosanitaria desde la atención social primaria/unidad de trabajo social del Sistema de Servicios Sociales

nomía local y con una variación en el acceso y la calidad de los servicios, además de la aportación de los usuarios en los costes de los servicios.

Una de las primeras argumentaciones para el planteamiento de un nuevo sistema sociosanitario se centra en las dificultades en la atención a los enfermos crónicos y su continuidad de cuidados, y la necesidad de una cartera de servicios comunes. Los enfermos crónicos tendrían su correspondencia en la LAPAD a los grados II y III de dependencia, absorberían las prestaciones y servicios que actualmente tienen en el Sistema de Servicios Sociales una mayor garantía de derechos, vaciando al mismo de una de las principales coberturas.

Otra de las argumentaciones que se presenta como innovación en los servicios son las residencias sociosanitarias, por un lado es un problema importante para el sistema sanitario la necesidad de cuidados de forma temporal de ciertos enfermos que entran y salen constantemente de los hospitales, sería un centro con atención social residencial y cuidados sanitarios simultáneos, para posteriormente con un nivel de recuperación adecuado pueda volver a su domicilio con el seguimiento correspondiente social y sanitario. Este tipo de servicio es de mucho interés para el sector privado y las grandes corporaciones de atención a la dependencia, además de ser el de mayor coste de la cartera de servicios sociales.

Sería interesante analizar desde la propia estructura básica del Sistema Público de Servicios Sociales, los Centros de Servicios Sociales y la Unidades de Trabajo Social, en que ámbitos, colectivos y situaciones se interviene de forma conjunta y de manera continuada con el sistema sanitario.

2. Los Centros de Servicios Sociales y las Unidades de Trabajo Social

Los Centros de Servicios Sociales de Atención Social Primaria son la puerta de entrada al Sistema Público de Servicios Sociales y debemos seguir defendiéndola como tal, de esa manera la prestación de información, orientación y acompañamiento social estará garantizada.

El Sistema Público de Servicios Sociales tiene como principales criterios la universalidad, igualdad y principio de proximidad, la valoración de las necesidades sociales se realiza con las personas y en su comunidad. Los dos ejes de actuación para las atenciones están orientados a la autonomía personal y la inclusión social.

Según la última Memoria del Plan Concertado 2011/12 los datos estadísticos referentes al número de usuarios y expedientes familiares son:

Un total de 6.874.352 usuarios han recibido algún tipo de servicio o prestación social básica en el ámbito del Plan Concertado.

Según la última Memoria del Plan Concertado 2011/12 los datos estadísticos referentes al número de Unidades de Trabajo Social son:

En el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas que conforman el Plan Concertado existen 4.904 Unidades de Trabajo Social. Más de la mitad de las Comunidades Autónomas tienen una ratio de UTS/Habitante que oscila entre 6.000 y 13.000 habitantes por UTS manteniéndose un ratio promedio de 8.945,21 habitantes/UTS.

Según la última Memoria del Plan Concertado 2011/12 los datos estadísticos referentes a las

TABLA. GASTO Y USUARIOS POR TIPO DE PRESTACIÓN. AÑO 2011

PRESTACION	TOTAL GASTO	%	USUARIOS	%
INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN	40.839.506,13	4,15%	5.686.507,006	3,22%
AYUDA A DOMICILIO	803.061.716,37	81,59%	1.067.940,00	11,87%
APOYO UNIDAD CONVIVENCIAL	36.185.630,16	3,68%	657.800,00	7,31%
ALOJAMIENTO ALTERNATIVO	12.206.957,95	1,24%	92.110,00	1,02%
ACTUACIONES ESPECIFICAS	91.983.557,98	9,35%	1.490.124,00	16,57%
SUMA	984.277.368,59	100%	8.994.481,00	100,00%

Memoria Plan Concertado 2011.

prestaciones básicas: información y orientación, apoyo unidad convivencial y ayuda a domicilio, alojamientos alternativos, actividades de prevención e inserción social, ayudas económicas y cooperación social.

El Sistema de Servicios Sociales se ha ido consolidando con una estructura y red de centros de atención primaria, cercanos a la ciudadanía, que conoce a los individuos, las familias, el entorno y la comunidad. El **profesional de referencia** de los casos para la intervención social de los individuos, grupos o comunidad es el trabajador social de la UTS correspondiente, que en la Comunidad de Madrid esta específicamente determinado en el ART. 25 de la Ley de Servicios Sociales del 2003.

Los principios generales de la intervención social que se realiza desde las UTS, serían:

- La **universalidad**, dirigida a toda la ciudadanía, y especial atención a los grupos de población que sufren situación de exclusión social y desprotección social.

- Atención integral, dentro de un concepto más amplio de **bienestar social** de los individuos, grupos y comunidad.
- **Acompañamiento social**, intervención centrada en la persona y con decisiones acordadas con los individuos y las familias.
- **Trabajo en red** con un enfoque intersectorial en la intervención global diseñada, así se realiza de forma coordinada con otros sectores como vivienda, educación, justicia, empleo, salud, etc. y entidades privadas y del Tercer Sector.

Los documentos técnicos básicos que se utilizan y que están incluidos en los programas informáticos de los centros municipales serían:

- La Historia Social.
- El Diseño de Intervención Social o el Programa de Apoyo Familiar, si va dirigido a individuos o familias.
- El Informe social.

3. Centros de Servicios Sociales

Ahora habría que recordar, aunque con diferencias según la demografía y el nivel de rentas de los distintos municipios, que se está atendiendo en un centro:

- El 60% de la atención corresponde al colectivo de mayores y discapacidad principalmente para la gestión de la Dependencia y los recursos específicos municipales. La Ley de Dependencia y sus modificaciones posteriores determinan los baremos de valoración, así como los servicios a asignar a cada grado con el número de horas y días, y las prestaciones económicas y cuantía. En los recursos municipales están regulados por las ordenanzas municipales también con sus baremos, procedimientos y cuantías.

En la Comunidad de Madrid desde octubre del 2013 la valoración del grado dependencia, a través de una encomienda de gestión, se está realizando desde los centros de servicios sociales municipales, la eficacia ha sido estudiada por una Comisión específica desde el Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid. La aplicación del mismo procedimiento al Programa individual de atención y al acceso a la asignación de prestaciones y servicios eliminaría el número de personas beneficiarias y sin prestación, siendo una garantía de derecho.

- Atención a personas mayores y con discapacidad en situaciones de riesgo o vulnerabilidad por diversas causas individuales o familiares, tanto sociales como sanitarias.
- Intervención en procesos de incapacitación judicial de adultos con enfermedades de

deterioro cognitivo y trastorno mental, y en situaciones sociales de riesgo.

- Gestión y seguimiento de la Renta Mínima de Inserción, la Ley de la Comunidad de Madrid recoge dos derechos subjetivos, a la propia prestación económica y al acompañamiento social del profesional de referencia de los centros de servicios sociales.
- Responde a todas las emergencias sociales en su horario laboral, situaciones de riesgo grave de adultos y menores, desahucios, altas hospitalarias, etc.
- Gestión de la derivación de los recursos de alojamiento para distintos colectivos.
- Ayudas económicas de emergencia y/o especial necesidad, que actualmente estas ayudas están sustituyendo las becas de comedor y de libros en aquellos casos para asegurar el alimento a los menores, así como pago de alimentos, alquileres y alojamientos a familias sin ingresos económicos.
- Familias derivadas por los Servicios de Violencia Doméstica cuando existen menores en la unidad familiar, para la intervención y seguimiento.
- Familias en situación de dificultad social.
- Familias con menores con necesidades educativas especiales.
- Individuos y sus familias con enfermedades mentales tanto en adultos como en menores.
- Individuos y familias con problemas de adicciones.

- Familias en situación de escasos ingresos económicos que no les permiten cubrir sus necesidades básicas y de alojamiento, que además mantienen altos niveles de stress con problemas sanitarios.
- Epicentro del Sistema de Protección de Menores para valoración, intervención y seguimiento de las familias con menores y adolescentes en situación de riesgo grave, respondiendo a las demandas de los organismos autonómicos de protección, Fiscalía de Menores, Samur Social, Agencia de Reeducación y Rehabilitación del Menor Infractor, Policía y Juzgados.
- Proyectos comunitarios de prevención y reinserción social.
- de dispositivos de emergencia, desahucios, maltrato familiar y situaciones de abandono y falta de cuidados que representan un riesgo grave para la integridad física de las personas.
- Valoración y seguimiento de la situación de necesidad y la situación familiar. Se realiza a través de entrevistas periódicas y visitas domiciliarias.
- Coordinación con los Programas correspondientes de tu propia institución o administración para, en muchos casos, posibilitar el acceso a prestaciones, recursos y servicios de todo el Sistema de Servicios Sociales.
- Coordinación con el sistema sanitario, educativo, judicial etc. Se circunscribe a las situaciones de riesgo, abandono o falta de atención, ausencia de apoyo familiar y problemas graves de salud, sobre todo con algún tipo de deterioro cognitivo.

4. Unidades de Trabajo Social

Los/as trabajadores sociales de las U.T.S. son los profesionales de referencia de la intervención con la población de su zona correspondiente, realizan una intervención integral y global con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas:

- Recepción de la demanda. La demanda puede manifestarse individualmente o por medio de un familiar en la misma entrevista, también puede provenir de un dispositivo de emergencia, de una institución o sistema de protección que han detectado una situación de riesgo.
- Valoración de la situación de emergencia. La primera valoración es si permite un protocolo de actuación normal o si es necesario responder de una forma urgente. Situaciones de emergencia: altas hospitalarias, actuaciones
- Gestión de los recursos, prestaciones y servicios. Valoración en primera medida si la gestión del recurso se hace por vía de emergencia, reuniendo las condiciones necesarias para ello, y luego priorizando las tramitaciones que están sujetas a derecho subjetivo, como la dependencia, junto con los recursos municipales. La información actualizada de la disponibilidad del acceso a los recursos es importante para priorizar soluciones a las situaciones.
- Seguimiento periódico y conjunto de la situación individual, familiar y de la tramitación y procesos administrativos de las solicitudes realizadas.

Coordinación sociosanitaria desde la atención social primaria/unidad de trabajo social del Sistema de Servicios Sociales

- Seguimiento de la eficacia y calidad de las entidades privadas prestadoras de servicios, así como asociación y ONGs del Tercer Sector.
- Centros de Salud de Atención Primaria.
- Centros de Salud Mental.
- Intervención comunitaria y de grupo.
- Centro de Adicciones.

La intervención para poder realizarla con eficacia es necesario por parte del profesional una actualización continua de la información general respecto a los procedimientos administrativos, nuevos decretos y leyes, así como la disponibilidad de plazas y los tiempos de espera en las listas de acceso, siempre priorizando aquellas prestaciones que son un derecho subjetivo para la persona.

La intervención social desde las UTS de los Centros de Servicios Sociales con la ciudadanía y los colectivos vulnerables y en situación de exclusión y/o desprotección social comparten la intervención sociosanitaria para los siguientes aspectos:

- Detección de casos en situación de riesgo o vulnerabilidad social.
- Priorizar y valorar una situación de urgencia o emergencia.
- Valoración conjunta sociosanitaria del diagnóstico.
- Optimización de los recursos de ambos sistemas.
- Facilitar tramitaciones.
- Instituciones con las que se mantiene un trabajo continuado.
- Hospitales.

- Fiscalía de Incapacidades y de Menores.

Colectivos y situaciones donde se esta produciendo en la intervención social, la coordinación sociosanitaria:

- Mayores de 65 años.
- Personas con discapacidad y falta de autonomía personal.
- Personas con enfermedad mental.
- Personas con problemas de adicciones.
- Familias con dificultades de acceso a los sistemas de protección sanitario y educativo.
- Infancia y adolescencia con situaciones de riesgo grave, maltrato o abuso sexual. Además de menores con necesidades especiales de tipo físico y/o psicológico y trastornos de conducta.
- Incapacitaciones e ingresos involuntarios.

5. Propuesta de coordinación sociosanitaria

Esta exposición somera del Sistema Público de Servicios Sociales, del funcionamiento de los Centros de Servicios Sociales y las UTS nos permite tener una valoración de la complejidad y del alcance de la cobertura del sistema.

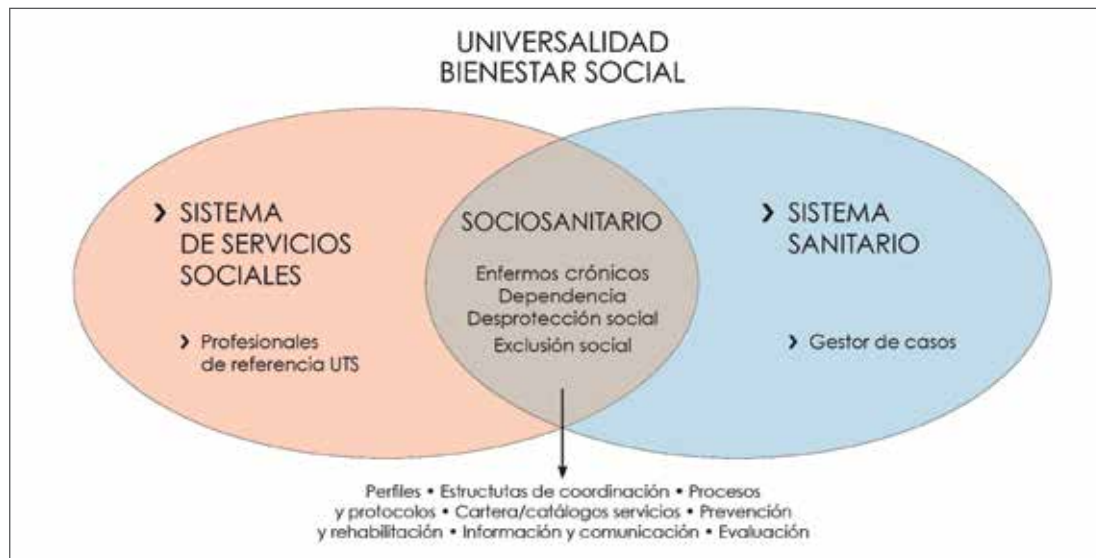


Gráfico nº 1.- Coordinación sociosanitaria (elaboración propia).

Ambos sistemas tienen sus fortalezas y debilidades, sobre todo en estos momentos de control del gasto público, pero el planteamiento de la **coordinación sociosanitaria** debe partir desde el respeto a las individualidades, con un concepto más amplio de **bienestar social**.

La primera diferencia sería a quienes va dirigida, la percepción que se tiene desde servicios sociales sobre la coordinación sociosanitaria es que no solo es necesaria para los enfermos crónicos y personas con falta de autonomía personal, sino el planteamiento debe ser más global e incluir colectivos y situaciones de exclusión social y de **desprotección social** de toda la ciudadanía con diferentes necesidades sociales y sanitarias en los distintos momentos de sus historias vitales.

Este concepto más amplio de ciudadanía implica reforzar en ambos sistemas las tareas de **prevenir y rehabilitar**.

En el Sistema Público de Servicios Sociales intervienen equipos multiprofesionales pero el **profesional de referencia** es el trabajador social de las UTS.

La intervención social está centrada en la persona, es la característica principal de la Atención Social Primaria en su trabajo diario:

- Intervención integral y global.
- Acompañamiento social a las personas y las familias.
- Coordinación intersectorial.

La definición recogida en el Documento marco para la elaboración de las directrices de la Atención Sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca publicado por el Gobierno Vasco en el año 2010 mantiene esta línea de análisis:

Coordinación sociosanitaria desde la atención social primaria/unidad de trabajo social del Sistema de Servicios Sociales

*El espacio de coordinación sociosanitaria supondría un **marco inter organizacional** estructurado que permitiría la definición de mecanismos para facilitar la comunicación, la información compartida y la colaboración, mientras que la financiación y las responsabilidades se mantendrían independientes por parte de las organizaciones implicadas.*

Sería necesario definir los siguientes criterios básicos:

Perfiles: además de enfermos crónicos y personas con falta de autonomía personal, habría que incluir otros colectivos y situaciones de desprotección social y exclusión social.

Especial importancia tendría la valoración social con los conceptos de anciano frágil y/o en situación de vulnerabilidad:

- Vivir solo o con otra/s personas de edad y /o circunstancias de salud similar.
- Circunstancias familiares que impiden que se garanticen por parte de la familia los cuidados que la persona necesita: problemas graves de salud de otros miembros de la familia, desestructuración familiar, malos tratos o sospecha de éstos.
- Desimplificación (abandono) familiar.
- Existencia de familia con importante riesgo de claudicación familiar.
- Déficit grave en las condiciones de la vivienda o ausencia de ésta.
- Rechazo de servicios y recursos socio-sanitarios de apoyo.

- Ingresos hospitalarios frecuentes o visitas repetidas a los servicios de urgencia.

Líneas estratégicas son:

El diseño de la coordinación sociosanitaria debe mantener los criterios de **universalidad, igualdad y proximidad**.

La estrategia señala la coordinación sociosanitaria a nivel de **atención primaria** y con equipos interdisciplinares, como un factor muy importante para garantizar una atención integrada en el continuo asistencial, que contemple el **domicilio** como principal provisor de cuidados.

Intervenciones **centradas en las personas**, el desarrollo de intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades sanitarias y sociales del ciudadano/a.

Una línea central estratégica es: la promoción y prevención de **enfermedades crónicas**, la responsabilidad y autonomía del paciente, la garantía del continuo asistencial para el enfermo crónico y dependiente.

Pero con un más amplio sentido del bienestar social una importante línea de estrategia sería la atención a todos los colectivos en situación de **desprotección social** con necesidades sociales y sanitarias.

Estructuras de coordinación sociosanitarias donde estarían implicados desde los niveles de atención directa hasta los niveles más altos de dirección de las distintas administraciones, desde niveles micro a macro, podemos poner como ejemplo la estructura propuesta en la Comunidad Autónoma de Castilla y León en el II Plan de Atención Sociosanitaria:

- **Equipos de Coordinación de Base:** Formados por profesionales que prestan directamente los servicios, y cuya finalidad ha de ser la adecuada gestión de casos. Se realiza la atención directa de los Centros de Salud, Salud Mental, Centros de Adicciones, Centros de Atención Temprana y de los Centros de Servicios Sociales.
- Comisión de Coordinación Sociosanitaria que está compuesta por profesionales sanitarios y sociales expertos, tanto de la asistencia como de la gestión, en los diferentes niveles de intervención.

La finalidad principal de estas comisiones es, además de orientar y apoyar técnicamente a los Equipos de Coordinación de Base, elaborar propuestas sobre la adecuación de los procesos en el ámbito territorial provincial.

- Comisiones de Dirección Sociosanitaria de ámbito provincial, formadas por los responsables de los órganos directivos de la provincia cuya misión principal es la toma de decisiones para la efectividad de las actuaciones coordinadas.
- Consejo de Dirección Sociosanitaria, formado por responsables de los distintos ámbitos de intervención, y cuya finalidad principal ha de ser dictar las directrices generales, orientar la actuación de las Comisiones de Dirección Sociosanitaria de las distintas provincias y favorecer el impulso y homogeneidad de todas las acciones.

Esta propuesta se simplificaría para comunidades uniprovinciales, con equipos de base y comisiones a nivel municipal y de CCAA.

Definición de procesos y protocolos de coordinación:

Procesos y protocolos de derivación entre hospitales, atención primaria, residencias, programas comunitarios, etc.

Protocolos comunes con escalas y baremos unificados de los utilizados actualmente por ambos sistemas.

Simplificar y agilizar procedimientos administrativos y de tramitaciones de los servicios y prestaciones, así como la necesidad de invertir en ambos sistemas para paliar el escaso nivel de cobertura actual.

Cartera/catálogo de servicios sociosanitarios, tomando como base la cartera básica de servicios sanitarios y el catálogo de referencia de servicios sociales.

Desarrollo de programas asistenciales para atender enfermos crónicos y su dependencia de manera conjunta.

Garantizar el continuo asistencial de atención y cuidados tanto social y sanitario de las personas con enfermedades crónicas, enfermedades específicas y con necesidades especiales de menores, adultos y mayores de 65 años.

Desarrollo de medidas para la organización de la atención conjunta de otras situaciones de desprotección social: resolución de los casos complejos se realiza desde el trabajo de un equipo multidisciplinar entre sanidad y el área social con otros colectivos y situación de desprotección social y exclusión social, tanto de adultos como de menores.

Coordinación sociosanitaria desde la atención social primaria/unidad de trabajo social del Sistema de Servicios Sociales

Priorizar los servicios de prevención en ambos sistemas social y sanitario.

Los crónicos son más una solución que un problema. Necesitan un modelo asistencial muy diferente, porque los datos dicen que la mitad de las hospitalizaciones de crónicos podrían haberse evitado si hubiésemos hecho las cosas bien antes y después. Si están ahí es culpa del modelo, que no les previene de entrar en el hospital y no les da soluciones para la salida. (Rafael Bengoa, ex consejero de Sanidad del País Vasco y actualmente asesor en la UE).

Esta afirmación de Rafael Bengoa nos permite argumentar la importancia de priorizar protocolos de atención dirigidos a la prevención, mantenimiento y seguimiento de los ciudadanos/as en su domicilio invirtiendo en reforzar los servicios y prestaciones de apoyo social y sanitario. Reforzar la atención a las personas con Grado I de dependencia.

Sistemas informáticos y de información compartidos

La información y comunicación entre todos los niveles de atención, respetando la protección de los datos personales, es muy importante si se quiere obtener una eficaz coordinación sociosanitaria.

El consenso entre los documentos técnicos que son ampliamente utilizados por los sistemas sanitario y social.

Financiación

La financiación y las responsabilidades se mantendrían independientes en cada uno de los sistemas sanitario y social.

Formación de profesionales y cuidadores

Fomentar la formación de los profesionales: acciones y programas para mejorar la formación de los profesionales sanitarios en dependencia, así como a los profesionales de servicios sociales en temas de salud e incentivar la coordinación social y sanitaria. También completar la formación en otras áreas de protección social a los profesionales sanitarios.

Especial atención en la formación de los cuidadores de personas con falta de autonomía personal y dependientes, enfermedad mental y otras situaciones.

Evaluación

Desarrollar indicadores para evaluar la coordinación intersectorial a nivel cuantitativo y cualitativo.

6. Conclusión

La coordinación sociosanitaria requiere la participación de los dos sistemas de protección social y sanitario, desde sus individualidades. No se puede entender el espacio sociosanitario como un tercer sector sino como un espacio compartido, de colaboración de sus propias estructuras, y donde confluyan las sinergias de los servicios para atender de forma conjunta a la población con necesidades sociosanitarias.

La intervención social de las Unidades de Trabajo Social se caracteriza por ser integral y global, centrado en la persona y la comunidad, debido a su complejidad es necesario trabajar con un enfoque intersectorial con otros sistemas, un trabajo en red con asociaciones, tercer sector etc. Todos

son importantes e indispensables criterios para el planteamiento de la coordinación sociosanitaria.

La coordinación se debe plantear dirigido a toda la población con necesidades sociosanitarias, no solo a personas con enfermedades crónicas y dependientes, sino otros colectivos en situación de desprotección social, y no solo dirigido a los cuidados también a la prevención y rehabilitación.

Las estructuras de coordinación deben de tener especial atención a los equipos de base, los centros de atención primaria de ambos sistemas, optimizar su colaboración tendrá una consecuencia directa en el bienestar de la ciudadanía.

Los profesionales y los movimientos sociales tenemos un objetivo común defender el Sistema Público de Salud y de Servicios Sociales.

BIBLIOGRAFIA

Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales (2014) *El Enredo Sociosanitario*. Recuperado el 9 de julio de 2014: <http://www.directoressociales.com/documentos/novedades-en-discusi%C3%B3n.html>

Consejo Asesor de Sanidad (7 marzo 2013) *informe sobre coordinación y atención sociosanitaria*. Recuperado el 9 de julio de 2014: www.enfermeriasoria.com/.../DossierEspecialVersionDefinitivaInformeA

Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria (febrero del 2011) *líneas estratégicas de atención sociosanitaria para euskadi 2013-2016*. Recuperado el 9 de julio de 2014: www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/.../l_e_sociosanitarias_es.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (15 Diciembre 2011) *libro blanco de coordinacion sociosanitaria*. Madrid: autor. Recuperado el 9 de julio de 2014: www.msssi.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) memoria plan concertado de prestaciones básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales 2011/12. Madrid: autor. Recuperado el 9 de julio de 2014: <https://www.msssi.gob.es/.../inclusionSocial/serviciosSociales/planConcertado>

Lopez, M^a I., (2013) Informe sobre la situación actual de los Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid y la repercusión del anteproyecto de ley de racionalización y sostenibilidad de la administración local- junio 2013. *Trabajo Social Hoy*. Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid (69) 101-132

Vicente, F. (2013)- *Los cuidados sociosanitarios profesionales: Modelos de atención y acreditación de centros y servicios sociosanitarios*. Cartagena. Recuperado el 9 de julio de 2014: www.riicotec.org/InterPresent2/.../10cuidadosociosanitariosfvice.pdf

Referencia legislativa:

Decreto 59/2003, 15 de mayo: II Plan de Atención Sociosanitaria de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Conectado@s. ¿Qué piensas de la creación de un subsistema Socio-Sanitario?

Carmen Verde Diego (Coordinadora)

Resumen

En este artículo versa sobre el vacío existente entre el sistema sanitario y el de servicios sociales, agravado por los recortes económicos en todos los sistemas de protección social públicos y, en especial, en los servicios sociales (dependencia) y el sistema de salud. Varias trabajadoras sociales nos dan su visión profesional para ayudar a comprender este vacío histórico que la profesión siempre ha reivindicado. Para finalizar recogemos la impresión de dos trabajadoras sociales de América del Sur con sistemas diferentes al nuestro mostrando una versión internacional.

Palabras clave

Sistema Sanitario, Servicios Sociales, coordinación, alta social/alta médica.

Abstract

In this article it turns on the existing emptiness between the Health System and Social Services System, aggravated by the economic cuts in all the public systems of social protection and, especially in this case this case, in the social services (dependence) and the Health System. Some social workers give us their professional vision professional vision to help to understand this historical emptiness that the profession always has claimed. Finally we gather the impression of two South American social workers with different systems from our one showing an international version.

Keywords

Health System, Social Services, coordination, to discharge (social/health).

Carmen Verde Diego (Coordinadora)

Trabajadora social.

Profesora Titular de Trabajo social. Universidad de Vigo

carmenverde@uvigo.es





María José Vázquez Vázquez, trabajadora social sanitaria desde el año 1997 en el Complejo Hospitalario de Ourense.



Verónica Olmedo, trabajadora social, Licenciada en Antropología Social y Cultural y Título de Experta en Mediación y Orientación Familiar. Ha desempeñado su labor como trabajadora social en Centro de Acción Social del Ayuntamiento de Valladolid, actualmente y desde hace 5 años es Trabajadora Social en Atención Primaria de Salud de Salamanca.



Carmen Valois Núñez, diplomada en trabajo social y licenciada en ciencias de la información. Master en Bioética y Derecho. Trabaja en el Hospital Universitario de Donostia desde hace casi dos décadas. Pertenece al Comité de Ética Asistencial del mismo.

Colaboran al final del número:



Liliana Barg, Jefa de Área de Trabajo Social en el Hospital Universitario de Mendoza y Preside el Colegio de Profesionales de Trabajo Social de Argentina.



María Luisa Ibor Arriagada, Trabajadora social. Jefe de Área Psico-Social Hospital Clínico Mutual de Seguridad. Santiago de Chile.

El pasado 20 de enero de 2014, *El País* publicaba una noticia que escandalizaba a buena parte de los ciudadanos *de bien* de España¹. Hacía referencia a pacientes hospitalarios con un estado de salud suficientemente bueno como para retornar a sus casas (alta médica) pero suficientemente “invalidante” como para necesitar de apoyos permanentes en ella (alta social). A ellos, los pacientes, y a sus familiares, a los que se señalaba como responsables subsidiarios de sus cuidados, les “acusaba” el Presidente del Gobierno de Canarias, Paulino Rivero, de colapsar el sistema sanitario, por una “*cuestión cultural*”: “*están en condiciones de irse a su casa y sus familiares no los recogen, lo que supone un bloqueo de camas que hacen falta para otros pacientes*”. ¿Estaban aprovechándose los ciudadanos canarios de recursos públicos como afirmaba su presidente?

La noticia era ofensiva para los pacientes y sus familiares, pero desgraciadamente no era ajena al conocimiento diario que trabajadores y trabajadoras sociales tienen de la falta de coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales.

Hemos querido comenzar este artículo colectivo a partir de esa noticia, como disculpa para entrar en un debate arduo: el vacío existente entre el sistema sanitario y el de servicios sociales, agravado por los recortes económicos en todos los sistemas de protección social públicos y, en espacial en este caso, en los servicios sociales (dependencia) y el sistema de salud.

(C.Verde): ¿Cómo se solucionan en tu territorio, en la actualidad, las situaciones de “altas médicas” que no se corresponden con un “alta social” en la realidad del usuario?

(C. Valois): Yo trabajo en Gipuzkoa, en concreto en el Hospital Universitario Donostia (HUD). Cuando se detectan casos como el que expones, frecuentemente el alta médica está cercana. Los casos se canalizan hacia las TS del HUD, que están integradas en el Servicio de Admisión. Desde ahí se realiza la valoración social del caso y/o una valoración integral –médica, enfermería, social- para ver la tipología de necesidades que predominan. En función de ello, y dependiendo del tiempo, se trabaja el caso; en ocasiones, se puede derivar hacia recursos de media estancia o socio-sanitarios; en otros a domicilio o a residencias privadas.

(M.J. Vázquez): En Galicia, gracias al esfuerzo de las familias y la colaboración de diversas entidades sociales y también privadas, casi nunca por una respuesta de la administración. Esta ineficacia en dar una respuesta adecuada a este tipo de situaciones por parte de las administraciones obliga a que tengan que ser las familias quienes asuman estas situaciones en condiciones a veces muy precarias o contar con el apoyo de entidades sociales de la zona e incluso privadas con las que mantenemos una excelente colaboración y con cuyo apoyo podemos contar en muchas de estas situaciones.

(V. Olmedo): En mi Comunidad Autónoma, Castilla y León, existen estructuras de Coordinación de Atención Sociosanitaria, un ejemplo de ellas son los **Equipos de Coordinación de Base**, en la que los trabajadores sociales de ambos Sistemas (Social y Sanitario) son miembros permanentes, y tiene como finalidad tratar aquellos casos comple-

jos, en la que los usuarios/pacientes son susceptibles de intervención conjunta de ambos sistemas. La finalidad es constituir un mecanismo formalizado de relación entre ambos sistemas más próximos al ciudadano, garantizar la adecuada gestión de aquellos casos que requieran la prestación simultánea o sucesiva, de ambos servicios.

Para este caso concreto, que se plantea de altas médicas, señalar que en mi Comunidad Autónoma, hay convenio entre la Gerencia Regional de Salud y la Gerencia Regional de Servicios Sociales para la gestión conjunta de *Unidades Convalecencia Sociosanitaria* en centros residenciales, para prestar atención sanitaria adecuada a sus necesidades y vigilancia durante la convalecencia y atención social correspondiente a las necesidades de cada caso.

(C.Verde): ¿Estáis de acuerdo con la terminología usada en el ámbito sanitario relativa al “alta médica” y al “alta social”? ¿Quién las determina?

(V.Olmedo): No, en Absoluto. Hace ya muchos años que la OMS definió la salud no “como ausencia de enfermedad” sino como el “completo estado de bienestar físico, social y mental”. Si entendemos a la persona como un todo, un paciente es una persona que en un momento dado necesita atención a su salud, atención social, atención económica, hay que dejar de hacer compartimentos estancos. Para mejorar su proceso de salud necesita tener cubierta la parte social, sino ¿cómo y de qué se alimenta, quién le ayuda en las movilizaciones, quién le cambia los pañales?

El paciente puede haber finalizado su proceso de intervención, tratamiento médico en el Hospital, y valorarán los profesionales sanitarios si ya

ha finalizado su estancia en cama hospitalaria, y los trabajadores sociales valorarán si es viable, conveniente y posible salir del Hospital porque a lo mejor está persona no tiene dónde ir, y cuando de manera conjunta eso esté resuelto el paciente podrá abandonar el Hospital; ¿de qué sirve abandonar el Hospital si no tiene donde ir, ni quién le atiende? Saldrá cuando tenga un lugar adecuado donde estar y si no lo hay... ¿QUÉ HACEMOS QUE NO LE REIVINDICAMOS?!

(C. Valois): Está muy instaurada y creo que determinada por la preponderancia de lo médico/sanitario sobre lo social. Entiendo que disocia claramente las necesidades del o de la paciente, a pesar de la unicidad de las personas, e incluso, puede llegar a condicionar la mejoría del o de la paciente. Desde mi experiencia: cuando los y las facultativos dicen alta médica están lanzando el mensaje de “yo ya he hecho lo mío y ahora es un tema/problema social”. También tengo que decir que aprecio un cambio, una evolución; por ejemplo hay especialidades, como la Medicina Basada en la Evidencia, los Cuidados Paliativos, etc., que se sitúan ante el o la paciente desde una visión más integral, conscientes de que hacerlo así es una garantía de una mejor atención.

(M.J. Vázquez): En el ámbito hospitalario sigue primando una visión biomédica de la salud que separa los aspectos más orgánicos de aquellos de componente psicosocial. Desde esa concepción una vez resuelto el problema orgánico o clínico que motivó el ingreso hospitalario se considera que por parte del hospital ya no hay nada más que hacer; es ahí cuando en las historias clínicas aparece el comentario “*continúa ingresado/a por su problema social*”. La dificultad reside fundamentalmente en no contemplar los aspectos sociales como factores fundamentales que determinan la

presentación de los problemas de salud y su resolución desde un principio, lo que condiciona no solo la resolución de la situación en unos tiempos adecuados sino también la eficacia de los servicios o recursos sanitarios aplicados en cada caso.

(C.Verde): A la vista de lo leído, y de la información de la que dispones en tu territorio, ¿cómo valoras la actual situación de “coordinación” entre el Sistema de Servicios Sociales y el Sistema de Salud?

(V.Olmedo): En mi Comunidad Autónoma, al existir estructuras de coordinación sociosanitaria aprobadas por decreto, hay posibilidad de recurrir a ellas, de incidir en que los profesionales miembros de los equipos asistan y participen en estas estructuras.

Ahora bien, tiene que haber una base: quiero decir una predisposición por parte de los profesionales de trabajar en equipo, de escuchar propuestas, de diseñar un plan de intervención conjunta, e interiorizar que la intervención gira en torno al usuario/paciente, sino de nada sirve que exista un espacio de diálogo sino hay interiorizado un trabajo en equipo.

(C. Valois): Creo que en nuestro territorio la situación de la coordinación entre el Sistema de Servicios Sociales y el Sistema de Salud es una realidad en construcción. Si bien entre los profesionales “de a pie” siempre ha existido coordinación, diría que en nuestro territorio comenzó a gestarse hace una década con la apertura de un “Centro socio-sanitario”. El acceso al mismo es a través de la denominada “Comisión socio-sanitaria, que valora los casos presentados semanalmente. Los casos pueden llegar desde la vía sanitaria, Hospitales, Centros de Salud, o vía Servicios Sociales de Base.

A mi entender, la experiencia ha servido para que ambos sistemas y sus profesionales, se conozcan entre sí y vean las bondades de trabajar conjuntamente en el abordaje de las necesidades de las personas que necesitan de esa atención conjunta. También a partir de ello se han abierto otros escenarios de trabajo, por ejemplo con la atención primaria de salud.

Además, potenciar la coordinación socio-sanitaria con las áreas de bienestar social es uno de los objetivos que se recogen en “Las Líneas Estratégicas y Planes de Acción 2013-2016” y es una apuesta clara de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y del propio Gobierno Vasco.

(M.J. Vázquez): En nuestro caso no se trata ya de coordinar o no coordinar, sino de la inexistencia de recursos suficientes o adecuados que permitan dar continuidad a la atención prestada. Si por coordinación entendimos establecer entre los profesionales unos criterios comunes de actuación, dar continuidad a la intervención social iniciada en uno u otro dispositivo, etc. creo que podríamos considerar que en nuestro caso siempre o casi siempre ha sido satisfactoria, ahora bien si hablamos de coordinación entre sistemas ya la cosa cambia. Aquí a veces tienes la sensación de que se trata de “echar balones fuera y pasarle el “marrón” a los demás. Ejemplo de esto sería en el caso de Galicia y concretamente en nuestra provincia (Ourense) la no existencia de ni una sola plaza de atención socio sanitaria de larga duración, convalecencia o rehabilitación funcional previstas tanto en la normativa estatal como autonómica como prestaciones del sistema de salud y cuyos responsables siguen sin considerar recursos de su competencia.

(C.Verde): ¿Crees que la actual estructura organizativa de los servicios sociales muni-

cipales, a la luz de la reforma de las administraciones públicas, puede afrontar el reto de coordinarse con el sistema de salud?

(V.Olmedo): Creo que en los Servicios Sociales, siempre se han adaptado con acierto a los cambios que se han ido sucediendo, creo que Servicios Sociales como Salud lo constituyen profesionales, por tanto el coordinarse depende mucho de cómo entiende cada profesional su intervención, hay perfiles más individualistas dentro de las posibilidades y hay compañeras que desarrollan un trabajo más integrador, en constante contacto con otros profesionales: no entienden el trabajo sin coordinarse. La coordinación, el trabajo en red, el trabajo en equipo, pienso que es una metodología de trabajo; hay profesionales que la tienen muy bien integrada y hay quiénes no.

(C. Valois): Habría que conocer en profundidad cuales son los objetivos reales bajo ese maquillaje de eficiencia y eficacia que dicen querer conseguir con la reforma. Cómo mínimo creo que hay que estar alerta. Los cambios a futuro orientarán si con las reformas que se pretenden se puede abordar la coordinación o qué intereses son los que están detrás. Mientras tanto, hay que intentarlo. Como me decía recientemente una médico de un entorno rural al hablar de la coordinación “es lo que vengo haciendo desde hace dos décadas con la trabajadora social de municipio; lo que pasa es que ahora han protocolizado esa coordinación”.

En cualquier caso, la coordinación es una necesidad a la que orienta la buena práctica profesional, tanto para los y las usuarias como para la propia supervivencia de los sistemas implicados.

(M.J. Vázquez): Sin duda alguna, la retirada no solo de competencias sino dotación presupuesta-

ria en los servicios sociales municipales supone un retroceso injustificable y que acarreará graves consecuencias para la ciudadanía, para los profesionales y como no para la propia coordinación entre sistemas. Significa romper con las reglas de juego existentes hasta ahora y un palo enorme para toda nuestra intervención. Como ya mencionaba antes la coordinación empieza por tener “con quien coordinarse” y el ataque que supone dicha reforma puede implicar la desaparición de esa necesidad puesto que nos encontraremos unos servicios sociales vacíos de contenido, de presupuesto, de programas...

(C.Verde): ¿Qué entiendes tu por “coordinación socio-sanitaria” entre los sistemas de servicios sociales y el de salud? y ¿Cuáles debieran ser en esa “coordinación” los profesionales de referencia?

(C. Valois): La entiendo como aquel trabajo coordinado que mira al paciente de manera conjunta para abordar sus necesidades de forma integral. Los y las profesionales, desde nuestros sistemas, debemos ser los que convergemos en los y las pacientes y no al revés. Creo también que la coordinación debe construirse desde la “simetría” entre los sistemas, evitando la preponderancia del sistema de salud. Entiendo que también es una cuestión de posicionamiento y actitud personal.

Creo que los profesionales deberían ser trabajadores sociales, si bien la realidad numérica y la presencia desigual en Salud, pueden dificultarlo.

(V.Olmedo): Los profesionales de referencia, lo tengo clarísimo: en el Sistema de Servicios Sociales, el trabajador social, y en el Sistema de Salud, el trabajador social. Son los profesionales formados y qué por trayectoria vienen desempeñando la

coordinación, el trabajo en equipo, el contacto con la comunidad, el conocimiento y acceso a recursos... Son profesionales DE ENLACE.

Ellos están formados en un mismo lenguaje, ambos conocen detalladamente cada Sistema al que pertenecen, saben cómo, cuándo, ante qué casos coordinarse, de qué manera involucrar a los demás profesionales, etc.

(M.J. Vázquez): Como ya he mencionado antes, creo que podemos hablar de dos niveles de coordinación, el micro, el que como profesionales realizamos todos los días entre nosotros con otros compañeros y compañeras, y un nivel más macro que va mas allá, donde un sistema debe ser complementario del otro, un nivel en el que es imprescindible la implicación y la dedicación de los responsables de ambas administraciones que se plasme en una planificación, en unos protocolo, en unos itinerarios dotados de contenido real. Para mí se trata de hacer una lectura de la realidad de forma global que permita tener todos los aspectos presentes en las situaciones a abordar tanto en su valoración como en el abordaje, se trata de crear estructuras, recursos, servicios que puedan responder a esa visión global.

En cuanto a la segunda cuestión, desde un punto de vista abstracto podría decirse que podrían ser los/las trabajadores sociales quienes cumplieran ese papel de profesionales de referencia en esa coordinación. Pero realmente cada situación será la que por sus características nos dirá quienes son los profesionales más adecuados para realizar ese papel.

(C.Verde): La creación de una especie de “subsistema socio-sanitario”, o como se denomina en el artículo de *El País* de “la crea-

ción de equipos mixtos de servicios sociales y sanitarios, que no pueden ser teóricos si no de gestión de casos concretos”, ¿te parece la mejor solución para la intervención social con personas? En todo caso, de llegar a concretarse estos “equipos mixtos”, ¿qué profesionales los debieran constituir?

(M.J. Vázquez): Me parece una falacia hablar de un nuevo espacio o subsistema. La coordinación socio-sanitaria es un espacio común donde el sistema sanitario y de servicios sociales a través de sus profesionales, programas, itinerarios, recursos,... deberán interactuar, es una metodología de trabajo que debe definir y guiar la intervención de los profesionales de ambos sistemas en determinadas situaciones pero en ningún caso puede ser resuelta con la creación de algo nuevo cuando los dos sistemas protagonistas, que ya tenemos desarrollados (aunque quede mucho por hacer), están sufriendo los ataques que las actuales políticas neoliberales de los actuales gobiernos estatales y autonómicos están desarrollando en estos últimos años.

(C. Valois): Puede ser una solución y creo que deberían liderarlo trabajadores sociales; la coordinación siempre ha estado entre nuestras funciones. Respecto a con que profesionales constituirlos, entiendo que con aquellos y aquellas implicadas en la atención al paciente/usuario; además de trabajadores sociales, facultativos/as, DUEs, etc.

(V.Olmedo): Me parece bien, que igual que hay legislación sobre Consejo Social, Consejo de la Juventud, Consejos de Acción Social, exista una regulación de un espacio de encuentro entre profesionales de ambos sistemas con unos miembros permanentes (trabajador social Salud y Servicios Sociales), con asistencia de otros miembros com-

petentes en temas a tratar (médico, enfermera, terapeuta ocupacional, etc.) pero desde lo existente. Es decir, somos miembros de ambos Sistemas, que trabajamos conjuntamente en casos individuales, proyectos conjuntos y nos encontramos para trabajar en un objetivo común, pero no como otro equipo específico y fuera de la competencia de los profesionales de Base que trabajamos conjuntamente en el caso.

(C.Verde): ¿Qué estrategias consideras que debiéramos adoptar como trabajadoras sociales para empoderarnos en el sistema sanitario?

(C. Valois): La buena práctica profesional empodera: si trabajamos bien, se demuestra que nuestro trabajo es valioso. Deberíamos reivindicar una “autonomía de intervención” allí donde trabajemos. Creo que es imprescindible también dotarnos de instrumentos que “validen” nuestro trabajo con indicadores específicos e investigar. Y por supuesto, publicar; sin ello no avanza el conocimiento y se sigue sin legitimar nuestro trabajo.

Un hándicap importante es que cuantitativamente nuestra presencia es en muchos casos testimonial, ahora bien, no por ello debemos caer en el victimismo. El año pasado publiqué un artículo titulado “Trabajo Social Sanitario o el conocimiento sumergido”² que ahonda en esa línea.

(V.Olmedo): Yo creo que la aprobación de la Ley de Dependencia empoderó a los trabajadores sociales de Servicios Sociales, en tanto que

notas

² Revista Trabajo Social y Salud, nº 74, 2013

hay una persona que solicita un derecho y que es atendida por ambos sistemas, ¡Y por fin un DERECHO!!!! Es importante mantener EN PIE LA LEY DE DEPENDENCIA -coordinación y trabajo conjunto entre ambos profesionales del trabajo social de ambos sistemas-. Para mí esa es una de nuestras fortalezas. ESA ALIANZA entre profesionales de lo social -el trabajador social de Salud refuerza, ante el paciente y profesionales, al trabajador social de Servicios Sociales, y a la inversa- visibiliza ante ambos equipos los resultados de ese trabajo.

El apoyo entre nosotros los profesionales, en mi opinión, debe ser nuestra principal fuerza.

(M.J. Vázquez): Es complicado responder a esta pregunta, creo que hay dos estrategias básicas que debemos seguir: una es la presencia constante en el día a día en los equipos de nuestros centros de salud, servicios hospitalarios o de salud mental, aportando nuestra valoración, nuestras intervenciones, etc. que nos vean y que nos oigan. Y una segunda estrategia es nuestra presencia en los espacios de decisión de planificación y gestión sanitaria.

(C.Verde): ¿Conoces alguna experiencia valiosa o buena práctica en este sentido en tu territorio?

(V.Olmedo): Como antes señalé, en Castilla y León, se han establecido las UCSS (Unidades de Coordinación Sociosanitaria) para aquellas instalaciones y servicios de carácter temporal, destinadas a la atención de personas en situación de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria como consecuencia de procesos crónicos de enfermedad y/o patologías generalmente asociadas al envejecimiento, ya diagnosticados y estabili-

zados, pero que debido a un proceso agudo o a una descompensación de sus procesos crónicos, necesitan cuidados sanitarios médicos y de enfermería y vigilancia durante la convalecencia, etc.

En mi opinión, es pronto para valorar, porque llevan poco tiempo en funcionamiento, pero es un recurso compartido entre ambos Sistemas.

(C.Valois): Sí. En Donostia-San Sebastián tenemos firmado desde hace un par de años un Protocolo de Coordinación Socio-Sanitaria entre el Sistema Sanitario y el Bienestar Social. Ha pasado por diferentes fases, si bien lo importante es que sigue vigente y que intentamos mejorarlo para que se mantenga y avance.

(C.Verde): Para finalizar, ¿os gustaría comentar algo más al respecto?

(C.Valois): Considero que es un momento excelente para reivindicar nuestra profesión y que debemos seguir luchando por conseguir tener el estatus de profesión sanitaria; ello contribuiría a nuestro afianzamiento en el sistema sanitario.

(V.Olmedo): Si, señalar como Trabajadora Social, que considero que uno de nuestros puntos fuertes son las habilidades que tenemos para motivar, generar cambios, establecer redes de apoyo, trabajar en la comunidad, contactar con otros profesionales... Esto siempre se ha hecho, y antes más que ahora (porque ahora tenemos más horas de despacho). Que no nos quieran hacer creer que la coordinación es algo nuevo, que va a nacer ahora, pero ¿cuántas horas de calle hacemos conociendo dispositivos?, y ¿cuántas gestiones telefónicas con otros profesionales?, y ¿cuántas técnicas de seducción con diferentes centros para que admitan a nuestros usuarios? El trabajador social es por exce-

lencia un SER SOCIALMENTE COORDINADO. Eso sí siempre podemos MEJORAR. ÁNIMO A TODOS/AS.

(C.Verde): Hemos querido dotar a este conectados de una visión más amplia, observando la potencialidad y la gran diversidad de opiniones que puede generar el tema, aportando opiniones internacionales. Para ello hemos contactado con Liliana Barg, Jefa de Área de Trabajo Social Hospital Universitario de Mendoza, Argentina, y con María Luisa Ibor Arriagada, Jefe Área Psico-Social Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción, con la finalidad de aportar alguna información sobre el objeto de este asunto en Iberoamerica, en concreto en Argentina y Chile. Esta ha sido nuestra conversación con Liliana Barg y María Luisa Ibor Arriagada.

(C.Verde): ¿Cómo es la coordinación que realizan los trabajadores sociales del sistema de salud con otros sistemas de bienestar social?

(L. Bargg): Los profesionales de Trabajo Social en las Instituciones de Salud en Argentina deben garantizar la accesibilidad al sistema y a los derechos de los pacientes en situación de vulnerabilidad por edad, género, situación social, económica, cultural que está plasmado en el plexo legal de nuestro país. En este paradigma la articulación con diferentes instituciones de Desarrollo Social, Educación, Municipios, Justicia, Organizaciones de la Sociedad Civil, resulta imprescindible y necesario aunque deben agotarse las estrategias de intervención profesional de cada Área en función de las competencias, evitando derivaciones inadecuadas o no pertinentes. Para esto, toda intervención debe estar sostenida en un diagnóstico con indicadores

precisos que den cuenta de la situación socio-familiar del paciente y su entorno, con un plan de acción acorde a la problemática detectada.

(M. L. Ibor): En nuestro país coexiste un sistema público de salud y uno privado; en el privado el enfoque integral de la salud no es actualmente considerado, centrándose solo en el ámbito biomédico. A diferencia del sistema público de salud donde el enfoque de integralidad está en incipiente desarrollo y aquí es relevante el trabajo que realizan los Trabajadores Sociales, integrando las necesidades socio-sanitarias de la comunidad, articulando actores y desarrollando nuevos e innovadores programas que con escasos recursos puedan resolver las infinitas problemáticas de los distintos grupos vulnerables tales como; etnias, mujeres, discapacidad, menores, entre otros.

(C.Verde): ¿Cuál es el papel del trabajo social en el ámbito sanitario de su país?

(L. Bargg): En los últimos años se generaliza en la sociedad argentina la necesidad de adoptar el enfoque de derechos humanos en las instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias de salud y se recurre explícitamente a las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos.

Esta perspectiva genera obligaciones y responsabilidades para los Estados, que tienen que incluir en su marco jurídico y normativo la obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, así como garantizar que las personas, sin ningún tipo de discriminación, hagan uso de su derecho a la salud.

Los profesionales de Trabajo Social en Salud tienen que garantizar la admisión voluntaria, la

privacidad, el derecho a recibir atención en la comunidad, a autorizar cualquier tratamiento sobre la base de información previa y al consentimiento informado y a recurrir a un tribunal independiente e imparcial que determine los resarcimientos a los eventuales daños producidos por los sistemas de salud. Las leyes sancionadas en estos últimos años en Argentina: ley de derechos del paciente, de protección de derechos personales, de matrimonio igualitario, de identidad de género, de muerte digna, de violencia de género, de salud mental, de protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes, de discapacidad, de trata de personas, entre otras, son expresión de los avances en este sentido.

El enfoque de derechos en las políticas públicas basado en la normativa internacional sobre derechos sociales, influyó en la estrategia de atención primaria en salud (APS) que ha impulsado el retorno a su sentido inicial, garantista del derecho a la salud.

La estrategia de APS con enfoque de derechos operacionaliza un discurso alternativo en salud reorientándola hacia una estrategia universal de atención.

Solo así se podrá transformar la concepción tradicional con la cual se prestan los servicios de salud, es decir, transformar a “los usuarios o pacientes asistidos” en sujetos de derechos con respeto a su autonomía y dignidad.

En las instituciones de salud en Argentina podemos encontrar equipos interdisciplinarios con dos tipos de prácticas: asistenciales y de investigación. Ambas acciones no se pueden separar de manera absoluta: la investigación produce efectos en las prácticas y las prácticas producen conocimientos. El Trabajo Social como disciplina por su

formación, integra estos equipos participando en entrevistas conjuntas, admisiones en las instituciones, en revistas de sala, reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, construcción de historias clínicas únicas e informes, proyectos de investigación y de extensión y otros procedimientos en donde se expresan diferentes formas de negociación de saberes.

(M. L. Ibor): Paulatinamente en Chile en el sistema público de salud ha ido ampliando la mirada avanzando desde el modelo biomédico a un modelo más social más integrador en el que cobra relevancia la dimensión psicosocial en la comprensión de los procesos de recuperación de un estado de salud. Con esta nueva mirada surge una excelente oportunidad para los trabajadores sociales de posesionarse en los equipos interdisciplinarios con una mirada que considere tantos los factores de riesgo como los factores protectores para alcanzar una mejora en la situación de salud y una mejora en la calidad de vida de los usuarios.

Es importante además mencionar que es la oportunidad de posesionarnos en el ámbito preventivo para fortalecer la salud de las personas, familias y comunidad no tan solo en el ámbito curativo, transformándonos en facilitadores y articuladores de las necesidades de las comunidades.

Esta es la oportunidad, pero la realidad es que aun esta forma de trabajo se encuentra incipiente dado que esta mirada de integralidad aun no se ha asentado en todos los servicios de salud, siendo para los trabajadores sociales aun un desafío instalarse en los equipos multidisciplinarios, avanzar desde el asistencialismo, lograr sistematizar su trabajo e investigar.

(C.Verde): ¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles de su sistema de protección social o sistema sanitario en su país?

(L. Bargg): Los puntos fuertes en el campo de la salud se reflejan en el derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, gratuito y accesible para todos que incluye:

- La atención de la salud dando respuestas efectivas a los problemas de salud comunitaria.
- La transformación de los determinantes subyacentes de la salud tales como el saneamiento adecuado, el agua potable y la educación en materia de salud.
- La garantía de accesibilidad para todos con políticas de inclusión para diferentes grupos sociales, los que viven en zonas urbanas y zonas rurales y las comunidades desfavorecidas.
- La participación inclusiva, documentada y activa de la comunidad como un elemento esencial del derecho a la salud.
- La sanción y aplicación de leyes garantistas de los derechos de los pacientes.

Los puntos débiles son la discontinuidad en las políticas sanitarias, los períodos neoliberales y de dictaduras cívico-militares que han propiciado la desaparición y persecución de personas, con períodos de disminución del gasto y de la inversión pública y el achicamiento del Estado. La intromisión de países centrales en nuestra economía impidiendo el desarrollo y la independencia, es lo que atenta contra el bienestar y la soberanía de nuestros pueblos.

(M. L. Ibor): Nuestro sistema de protección social fue gestado en medio de un modelo político-social y económico de las décadas 60'-70', inspirado en el modelo de Estado de Bienestar europeo. No obstante, el desarrollo y la implementación de esta política pública se produce en la década de cambio de modelo económico social, donde la sociedad transitó hacia un modelo neo-liberal. Lo anterior, sumado a la situación de dictadura vivida en el país entre los años 1973 y 1989, debilitó a la sociedad civil en cuanto a participación y empoderamiento de sus derechos ciudadanos; propició que las empresas se focalizaran en la eficiencia y rentabilidad por sobre el rol social, dejando poco espacio para políticas públicas que fortalecieran el sentido social que originalmente tuvo el sistema.

En la actualidad nos encontramos en un nuevo escenario, donde cobra relevancia una ciudadanía empoderada y participativa, que defiende sus derechos. Por otra parte el Estado se encuentra preocupado por la desigualdad y cohesión social del país, hoy como sociedad estamos en el centro de una gran reflexión respecto a grandes temas como reformas a la educación, al sistema tributario y próximamente sin duda dado los conflictos existentes tendremos que avanzar en el desarrollo de un sistema sanitario que cumpla con las expectativas de la sociedad actual.

(C.Verde): Gracias a todas por compartir vuestras opiniones e impresiones con los y las trabajadores/as sociales que desempeñan su ejercicio profesional en el Estado español; seguro que serán motivo de reflexión y de debate en la profesión.

El método de la construcción del consenso. Una herramienta participativa de toma de decisiones para la gestión creativa de conflictos

Daniel Buraschi

María José Aguilar Idáñez

Resumen

La diversidad y complejidad crecientes de la realidad social hacen emerger la necesidad de nuevas herramientas para poder gestionar eficazmente la relación con personas que no comparten los mismos marcos de referencia. En este artículo se presentan las principales características del método de construcción del consenso (MCC), un enfoque participativo que consideramos particularmente pertinente, ya que ofrece un conjunto de herramientas para la toma de decisiones que permiten mejorar las relaciones entre las personas participantes, aumentar la solidaridad y maximizar los resultados para todos sus miembros. Su característica principal es que aprovecha los puntos de vista diferentes y la multiplicidad de posiciones para llevar a cabo un diagnóstico más profundo de la situación y una propuesta basada en las ventajas recíprocas. Este texto tiene como objetivo introducir en España el método MCC, mostrando cómo puede ser útil en la planificación participativa cuando en ella están involucradas personas que no comparten el mismo horizonte cultural.

Palabras clave

Gestión creativa de conflictos, método de construcción del consenso, proceso participativo de toma de decisiones, método transformativo, interculturalidad.

Abstract

The increasing diversity and complexity of the social reality make emerge the need of new tools to be able to manage effectively the relation with persons who do not share the same frames of reference. In this article they present the principal characteristics of the method of construction of the consensus (MCC), a participative approach that we consider to be particularly pertinent, since a set of tools offers for the capture of decisions that participants allow to improve the relations between the persons, to increase the solidarity and to maximize the results for all its members. Its principal characteristic is that he takes advantage of the different points of view and the multiplicity of positions to carry out a deeper diagnosis of the situation and an offer based on the reciprocal advantages. This text has as an objective introduce the method MCC in Spain, showing how it can be useful in the participative planning when in it there are involved persons who do not share the same cultural horizon.

Keywords

Creative management of conflicts, method of construction of the consensus, participative process of capture of decisions, transforming method, interculturality.

Daniel Buraschi

Dr. en Ciencias de la Educación (Universidad de Padova, Italia)

Investigador del Grupo Interdisciplinar de Estudios sobre Migraciones,
Interculturalidad y Ciudadanía (GIEMIC) de la Universidad de
Castilla-La Mancha

buraschidaniel@hotmail.com



María José Aguilar Idáñez

Dra. en Sociología y Ciencias Políticas y Trabajadora Social
Catedrática de Trabajo Social y Servicios Sociales en la
Universidad de Castilla-La Mancha

mariajose.aguilar@uclm.es



El método de la construcción del consenso. Una herramienta participativa de toma de decisiones para la gestión creativa de conflictos

Introducción

El Método de Construcción del Consenso que se describe en este artículo, puede ser de utilidad en todos los campos y ámbitos de la intervención social, pues siempre que se quieran tomar decisiones de manera participativa, serán varios y diferentes los actores sociales implicados en el proceso. Un actor social es un conjunto de personas que comparten intereses y racionalidades frente a un determinado hecho, situación o circunstancia, independientemente de que estén o no organizadas como grupo o agregado social.

Y como no hay realidad social en la que no haya más de un actor social implicado, este método es una herramienta muy útil cuando se trata de planificar acciones en el ámbito socioeducativo, sociocultural, sociosanitario, sociopolítico, o social a secas. Esta herramienta para la toma de decisiones participativa se ha gestado y desarrollado gracias a la necesidad de responder a las nuevas diversidades culturales que los cambios sociales están aportando a nuestras sociedades y entornos más inmediatos.

Por ello, iniciamos el texto haciendo referencia a estas nuevas realidades y complejidades, y contextualizando el método en el campo de diversidad y pluralidad de actores en que nosotros lo hemos estado aplicando y adaptando al contexto español. Pero eso no significa que, como herramienta de intervención, no pueda ser utilizado en otros ámbitos, muy al contrario: siempre que existan visiones, marcos de referencia, horizontes culturales, intereses y racionalidades diferentes, e incluso contrapuestos, el Método de Construcción del Consenso será una buena apoyatura metodológica para impulsar procesos participativos.

1. El desafío de la participación en contextos multiculturales

La diversidad y complejidad de los contextos multiculturales hace emerger la necesidad de nuevas herramientas para poder gestionar eficazmente la relación con personas que no comparten los mismos marcos de referencia. En este artículo se presentan las principales características del método de construcción del consenso, un enfoque participativo que consideramos particularmente pertinente ya que ofrece un conjunto de herramientas para la toma de decisiones que permiten mejorar las relaciones entre las personas participantes, aumentar la solidaridad y maximizar los resultados para todos sus miembros, objetivos que concuerdan plenamente con los valores de la perspectiva intercultural.

Uno de los principales fines del enfoque intercultural es contribuir a la consecución de una sociedad inclusiva que garantice la plena participación económica, social, cultural y política de las personas migrantes en condiciones de igualdad de trato e igualdad de oportunidades. La consecución de una sociedad realmente inclusiva implica considerar la integración como un proceso bidireccional en el cual las partes implicadas, tanto la minoría como la mayoría, interactúan, negocian y generan espacios de participación y de identificación mutua que transforman a todos los actores partícipes, no únicamente al grupo minoritario.

La concepción de la integración como proceso bidireccional, de adaptación mutua, ha sido institucionalizada en el primer y en segundo *Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración* (2011-2014). Ambos planes se basan en los principios de Igualdad y no discriminación; el principio de Inclusión; el principio de Interculturalidad, como

mecanismo de interacción positiva entre las personas de distintos orígenes y culturas, dentro de la valoración y el respeto de la diversidad cultural; y el principio de Ciudadanía, que conlleva el reconocimiento de la plena participación cívica, social, económica, cultural y política de los ciudadanos y ciudadanas inmigrantes.

La integración no puede dissociarse de la participación de las personas inmigrantes en la planificación de las políticas de inmigración y de la planificación de los planes, programas, proyectos y actividades interculturales. Esto significa reconocer el papel activo de las personas migrantes como coprotagonistas de los procesos de integración.

Sin embargo esta concepción de la integración, aunque sea claramente recogida en los manuales de diseño de proyectos para inmigrantes, compartida por las organizaciones que trabajan en contextos multiculturales e institucionalizada en los planes, a menudo se queda en un “deber ser” y no se concretiza en la práctica. Las personas migrantes siguen siendo las “grandes ausentes” en los procesos de planificación, son “beneficiarias” de los proyectos sociales pero pocas veces coprotagonistas del diagnóstico, diseño, gestión y evaluación de los mismos. De esta forma muchos proyectos sociales lejos de promover la consecución de una sociedad más inclusiva, reproducen modelos de intervención paternalistas, asistencialistas y etnocéntricos (Aguilar, 2010, 2011b y 2011c; Aguilar y Buraschi, 2012a, 2012b y 2013). Además se genera frustración y rechazo por parte de los colectivos que son los beneficiarios de las acciones, pero son excluidos de los procesos de toma de decisiones.

Existen diferentes factores que condicionan y limitan la participación de las personas migrantes

en los procesos de planificación social intercultural, entre los cuales hay que destacar: la falta de reconocimiento de los derechos de participación social y política; las actitudes xenófobas, clasistas y racistas; el déficit de competencias interculturales y conocimientos en materia de procesos participativos de las personas involucradas en la planificación; la falta de espacios y canales de participación eficaces y coherentes con el enfoque intercultural; la poca disponibilidad de quienes detentan el poder de decisión para compartirlo; y la desmotivación y frustración de las bases sociales, entre las cuáles hay que incluir a las personas migrantes, que en muchos casos sienten que su participación no tiene consecuencias concretas ya que el esfuerzo y compromiso que implica la participación no tiene un impacto real. A estos obstáculos hay que añadir dos condicionantes estructurales: la asimetría de poder entre mayoría y minoría y la gran heterogeneidad de las personas y grupos que participan o deberían participar en los procesos de planificación de acciones interculturales. La asimetría de poder está vinculada a factores como el peso demográfico, el poder socioeconómico, las representaciones sociales de los grupos, las diferencias de competencias comunicativas y la hegemonía cultural, además de la clara asimetría institucional.

Un diagnóstico, un diseño o una evaluación de proyectos son coherentes con el enfoque intercultural si se ha garantizado la participación de las personas migrantes en condiciones de igualdad en todas las etapas del proceso y si se han considerado las diferencias (culturales, religiosas, ideológicas, etc.) como un valor añadido. Planificar proyectos sociales desde el enfoque intercultural significa transformar nuestra metodología de trabajo, desarrollar competencias interculturales que nos permitan gestionar los conflictos que se

El método de la construcción del consenso. Una herramienta participativa de toma de decisiones para la gestión creativa de conflictos

generan en los procesos de toma de decisión colectivas y estrategias para valorizar la diversidad de perspectivas.

Existe ya una larga tradición de metodologías participativas que se han aplicado a la planificación de proyectos interculturales, en este artículo presentamos un método, denominado “Construcción del Consenso” (del inglés *Consensus Building Approach*) que ofrece un conjunto de herramientas para la toma de decisiones que permiten mejorar las relaciones entre las personas participantes, aumentar la solidaridad y maximizar los resultados para todos sus miembros. Su característica principal es que aprovecha los puntos de vista diferentes y la multiplicidad de posiciones para llevar a cabo un diagnóstico más profundo de la situación y una propuesta basada en las ventajas recíprocas. Se trata de un método que consideramos particularmente útil para planificar acciones sociales y para gestionar conflictos grupales que surgen a lo largo de los procesos colectivos de toma de decisiones.

El método de la construcción del consenso (MCC) se encuadra en el universo de modalidad de encuentro, planificación y creación colectiva que se ha denominado *Large Group Interaction Method* (LGIM) y que incluye, entre otras, los Grupos Nominales, los Grupos de Creación Participativa, los Fórum¹, los *Town Meeting*, el *Open Space Technology* y el *European Awareness Scenario Workshop*. Se trata de métodos que valorizan la creatividad, las aportaciones individuales y la convergencia de propuestas. El punto de partida del MCC es que la existencia de diferentes puntos de vista, lejos de representar una limitación, constituye un elemento fundamental para analizar los fenómenos complejos desde diferentes puntos de vista. En este sentido representa un “nuevo Galateo” (Forester:

2009) para la toma de decisiones y la gestión de los conflictos basado en el respeto y valorización de la diversidad.

2. Construcción del consenso, exploración y gestión de conflictos

La participación implica diversidad de opiniones, intereses, posiciones que pueden generar conflictos. Por esta razón la planificación de proyectos interculturales requiere una actitud constructiva y mediadora ante los conflictos sociales, no tratando de excluirlas o soslayarlos, sino creando modos de relacionarse que abandonen las manifestaciones violentas y excluyentes como fórmula de resolución. Planificar acciones interculturales conlleva el desarrollo de competencias en gestión creativa de conflictos en contextos multiculturales.

Uno de los aspectos más interesantes de este enfoque es que incluye muchos de los elementos propios de una amplia y rica tradición de gestión alternativa de conflictos desarrollada por el *Consensus Building Institute* (CBI). En este sentido el MCC es la aplicación de la gestión alternativa de conflictos (*Alternative Dispute Resolution*) propuestas por la Escuela de Harvard (Fisher, Ury y Patton, 1981) a los procesos de planificación y mediación en la esfera pública. En los últimos veinte años el MCC ha sido aplicado a un amplio abanico de procesos colectivos que van desde los diagnósticos participativos, a conflictos ambientales (construcción de autopistas, regulación de agua, construcción de infraestructuras) y a la planificación urbana (Podziba, 2006).

En 1987, Lawrence Susskind, fundador del CBI, y Jeffrey Cruikshank publican el primer libro que sistematiza el método de la construcción del con-

senso: *Breaking the Impasse: Consensual Approaches to Resolving Public*. El contexto es la crisis de la democracia y el aumento de la complejidad en la toma de decisiones colectivas, la solución propuesta por los autores es apostar por la construcción de nuevos canales, más directos, participativos y horizontales de construcción democrática. Diez años después se publica el libro *The Consensus Building Handbook*, un manual que presenta, de forma sistemática y a través de numerosos casos prácticos, el enfoque de la construcción del consenso. Numerosos colaboradores y colaboradoras de Susskind han traducido y adaptado este manual a diferentes contextos culturales y sociales, entre los cuales hay que destacar la adaptación al contexto latino llevada a cabo por Francisco Ingouville (Ingouville y Susskind, 2011) y la adaptación al contexto italiano propuesta por la socióloga y experta en gestión creativa de los conflictos Marianella Sclavi (Sclavi y Susskind, 2011). En este artículo nos basamos en la adaptación italiana porque la socióloga Marianella Sclavi integra la propuesta de Susskind con los elementos de su metodología de gestión y transformación alternativa de conflictos que nos parecen particularmente pertinentes para el trabajo en contextos multiculturales (Sclavi, 2003).

Para explicar las características esenciales del MCC podemos empezar comparándolo con el método de toma de decisiones más común en contextos democráticos: el procedimiento parlamentario. Es un método que tiene sus orígenes en el famoso tratado sobre “Reglas de Orden” escrito en 1889 por Henry Martyn Robert, General del Ejército de los EEUU. Las reglas de Robert habían sido creadas, en principio, para definir un conjunto de pautas que aseguraran la transparencia, el orden y el respeto de los derechos de todos los participantes en los acuerdos. Las principales reglas

de Robert son muy conocidas y se suelen aplicar en muchos ámbitos donde está prevista la participación de diferentes personas con posiciones diferentes: desde los debates parlamentarios, hasta las reuniones de las comunidades de vecinos, las asociaciones, las instituciones, etc. Recordamos en particular tres reglas básicas que han entrado ya en el “sentido común” de los procesos de toma de decisiones colectivas: el derecho reconocido a todos y a todas de hablar, expresar sus opiniones y defender sus intereses; el derecho de replicar las objeciones o comentar las propuestas de otras personas; y la toma de decisiones según el voto de mayoría (sea esta simple, absoluta o relativa).

Las acciones interculturales se caracterizan por involucrar una red ampliada de actores que incluyen: entidades financiadoras, ONG, Asociaciones de Inmigrantes, Entidades Locales, etc. En este contexto si se utilizan métodos parlamentarios basados en la regla de “la mayoría gana” el resultado final es que se generan propuestas poco creativas y que suelen dejar a la minoría insatisfecha, puesto que el “interés general” no suele siempre coincidir con el “interés de la mayoría”². Además en estos contextos la asimetría de poder se expresa en un poder de negociación desigual. El mismo hecho de tener

notas

¹ Tanto los Grupos Nominales, como los Grupos de Creación Participativa y los Fórum, tienen una más larga tradición en el campo de la intervención sociocultural, ya que su diseño, desarrollo y aplicaciones prácticas se iniciaron hace más de tres décadas. [Cfr. M^a J. Aguilar (1990). *Cómo animar un grupo*, Buenos Aires, Kapelusz; 18^a edición en 2011, Madrid, CCS.].

² En otros trabajos anteriores ya advertíamos sobre la inoperancia del método de votación como procedimiento para la toma de decisiones participativa, mostrando la pertinencia del procedimiento del consenso para garantizar la implicación de todos los actores sociales en el proceso y asegurar la unidad del grupo. Véase: M^a J. Aguilar (1988). *Cómo organizar una asamblea. Participación eficaz*, Buenos Aires, INCASUR-Humanitas; M^a J. Aguilar (2011a). *Cómo animar un grupo*, Madrid, CCS.

El método de la construcción del consenso. Una herramienta participativa de toma de decisiones para la gestión creativa de conflictos

que utilizar el español (u otra lengua oficial española) como lengua vehicular suele generar inevitablemente asimetrías comunicativas.

La actitud común de las personas que participan en un proceso de toma de decisiones basada en métodos parlamentarios es de repliegue sobre sus posiciones, lo que conlleva una actitud crítica y a veces demoledora hacia las otras posiciones; una actitud acrítica y defensiva hacia la propia posición y una visión de suma cero del conflicto que podríamos resumir en la frase “si tú ganas yo pierdo”.

Además se crean situaciones en las cuales las personas se identifican con su propia posición y esto implica que una crítica a una posición sea vivida como un ataque personal, una concesión como una pérdida de autoridad o demostración de debilidad. El método parlamentario además genera dinámicas de poder que pueden obstaculizar la toma de decisiones y problemas de legitimidad, en el sentido que la minoría puede ser invisibilizada o una determinada minoría puede imponer su visión.

Por ello, “es imprescindible superar la concepción del juego suma cero que gobierna lo económico y lo político, y que tiene repercusiones perversas en lo social: ‘si tú ganas yo pierdo, si yo gano tú pierdes’. Es necesario que todos ganen y nadie pierda, poniendo en marcha ‘juegos cooperativos’, aunque siempre habrá que tener en cuenta ciertas reglas de la ‘lógica de la acción colectiva’, que tan acertadamente formuló M. Olson (1971). Según la teoría de la elección racional, en el problema de cómo se gestan soluciones cooperativas a los problemas colectivos, también tienen importancia las identidades comunitarias y redes solidarias previas, establecidas en una dimensión estrictamente social, como recursos movili-

zables a favor de la acción colectiva ubicada en una dimensión pública (Taylor, 1987 y Tilly, 1978), además del tamaño de los grupos, como ya se ha advertido” (Aguilar, 2013: 36-37).

Una de las principales aportaciones del MCC es que no se garantiza solamente el derecho de tomar la palabra, sino sobre todo el derecho a ser escuchados/as³. La actitud propia de la escucha pro-activa es una suspensión provisional del juicio, cuya finalidad es comprender lo que la otra persona está diciendo. Se trata de subrayar la valorización de los diferentes puntos de vista y la construcción de un capital social común. En este sentido la principal diferencia entre los métodos tradicionales y la construcción del consenso es que se sustituye la argumentación con la exploración.

La mayoría de las estrategias que solemos utilizar para gestionar los conflictos y tomar decisiones en contextos multiculturales suelen basarse en un enfoque normativo o argumentativo. Estas formas clásicas de enfrentarse a los conflictos son, en general de gran utilidad, y cada uno de nosotros las suele utilizar diariamente, en la resolución de los conflictos que se generan en nuestras familias, con nuestras amistades, en el trabajo, en la sociedad. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, en contextos multiculturales estos enfoques no suelen ser los más eficaces, principalmente por dos motivos: el primero tiene que ver con la ya citada asimetría del poder, el segundo es que a menudo no se comparten los mismos marcos de referencia: “En la argumentación se trata de desmontar la otra posición y demostrar la superioridad de la nuestra, la lógica es la de ‘yo tengo razón y tú te estás equivocando’, a menudo no solamente nos limitamos a probar las inconsistencias lógicas de la otra posición, sino que desacreditamos a la otra persona, subrayamos los puntos débiles de la

	Resolución clásica	Gestión creativa
Lógica del juego subyacente	Yo gano y tu pierdes Suma cero	Todos/as ganamos La gestión amplía el espacio de posibilidades
Profundidad del cambio producido	Cambio de primer nivel: se mueve dentro del marco	Cambio de segundo nivel: construye un nuevo marco
Función de las emociones	Las emociones pueden ser una amenaza	Las emociones son una fuente de conocimiento
Punto de partida	Posiciones	Intereses y necesidades
Visión del conflicto	El conflicto es un problema	El conflicto es una oportunidad

Fuente: Sclavi (2003), adaptada por los autores.

otra persona y minamos su credibilidad. Al contrario, la exploración suspende la negación y coloca las opciones existentes en espera mientras otras posibilidades son ideadas. Las posiciones iniciales se ponen entre paréntesis y se empieza a ampliar el marco del problema para que surjan nuevas alternativas” (Augsburger, 1992: 60).

Hay que tener en cuenta, además, que el uso de determinadas estrategias y estilos de gestión del conflicto, como el argumentativo, no suele tener el mismo valor en todos los horizontes culturales. Por ejemplo, existen diferentes estrategias de persuasión en los procesos de negociación cuya eficacia y pertinencia dependerá del contexto cultural. Pensemos en dos modalidades diferentes como, por ejemplo, un estilo argumentativo en el cual el objetivo es convencer a través la “lógica objetiva”, las estadísticas, las opiniones de las personas expertas; y otro estilo más rico de metáforas y analogías en el cual cuentan más que los argumentos, los precedentes históricos, las tradiciones, etc. La habilidad más importante no es la argumentación, ni la retóri-

ca, sino la capacidad de encuadrar un problema en una historia, encontrar la analogía más adecuada.

Teniendo en cuenta que en un contexto multicultural podemos encontrarnos frente a personas que no comparten el mismo estilo de negociación, lo más oportuno es asumir una actitud exploratoria, centrada en la construcción de un espacio de sentido compartido, a partir de los intereses y las necesidades comunes.

En la tabla de arriba propuesta por Sclavi (2003) y adaptada por nosotros, se comparan los dos estilos de toma de decisiones y gestión del conflicto.

notas

³ Los autores somos conscientes de la importancia de un uso no sexista en el lenguaje y entendemos que hay que hacer referencia al masculino y femenino cada vez que se emplee un término que no sea neutro. Sin embargo, el uso reiterado de los/las, ellos/ellas, hombre/mujeres, etc. haría tan farragoso el texto que, de aquí en adelante, se utilizará de forma indistinta tanto el masculino genérico como el femenino genérico, para hacer referencia a ambos sexos.

El método de la construcción del consenso. Una herramienta participativa de toma de decisiones para la gestión creativa de conflictos

3. Las etapas del método de la construcción del consenso

Podemos identificar al menos siete características que definen el método de la construcción del consenso (Innes, 2004, citado por Sclavi, 2010: 131):

1. La inclusión de todas las personas que tienen intereses, preocupaciones y puntos de vista sobre una determinada situación problema en la mesa de trabajo.
2. La situación problema tiene que ser significativa para los/as participantes.
3. Las personas participantes en el proceso de construcción del consenso definen autónomamente las reglas relativas a la interacción y a la toma de decisiones.
4. El proceso de toma de decisiones tiene que poner al centro la comprensión de los intereses recíprocos y no la negociación de las posiciones.
5. La búsqueda de soluciones consideradas por todas las personas participantes como mejores de las de partida.
6. La búsqueda de un acuerdo que sea considerado aceptable por todas las personas participantes.
7. La comprensión de que se puede alcanzar “el consenso” solamente cuando todos los intereses han sido explorados y se han llevado a cabo todos los intentos para satisfacerlos.

Estas características se concretan en las cinco etapas que conforman el proceso del MCC: la con-

vocatoria, la definición los roles y reglas de base, la gestión alternativa de conflictos, el acuerdo y su implementación. Seguidamente presentaremos cada una de las etapas haciendo referencia a la aplicación en la planificación de acciones interculturales.

3.1.- Primera etapa: la convocatoria

La convocatoria tiene como objetivo colocar a un primer grupo pequeño de personas, interesadas en la resolución de una determinada cuestión, en condiciones de tomar dos decisiones o responder a dos preguntas: ¿a quién involucrar en el proceso? y ¿es oportuno utilizar el MCC? Es decir, comprender y verificar si existen las condiciones mínimas para que se pueda utilizar este método.

El momento crítico es la identificación de un buen “convocante”, esto es una persona o un grupo de personas que por el cargo que tienen o por sus características personales tienen legitimidad y poder de convocatoria. La persona en cuestión no tiene porqué ser experta en el uso del MCC, para esto está el facilitador, sino que tiene que conocer bien las ventajas y características del método para que pueda persuadir a las personas que se quiera involucrar.

El convocante tiene que ser consciente y reflexionar sobre la falta de participación, la aparente pasividad e indiferencia respecto a determinados temas. Nuestra experiencia nos enseña que cuando los problemas son considerados realmente importantes no es la apatía lo que bloquea la participación, sino la idea que “de todas formas no serán tomados en consideración” y que, “de todas formas, no cambiará nada”. Como ya hemos subrayado, a menudo las personas migrantes expresan cierto malestar respecto a los procesos

participativos, puesto que se sienten utilizados, infravalorados, sienten que el proceso se reduce simplemente a una justificación de decisiones ya tomadas. Es lo que hemos llamado en otras publicaciones previas⁴, una pseudo-participación.

El siguiente paso, en esta primera fase, es la construcción de un *mapa de posiciones/intereses o evaluación etnográfica*, que recoge en un único documento un esquema de todas las posiciones en juego y sirve para garantizar que todos los puntos de vista estén presentes en el proceso.

El mapa de posiciones/intereses se lleva a cabo a través de entrevistas y permite clarificar quién está involucrado y qué intereses, posiciones y necesidades expresa. Para confeccionar un buen mapa es importante cuidar dos aspectos: primero hay que entrevistar a todas las personas potencialmente afectadas por el proyecto; segundo, hay que dar la posibilidad, a las personas que no han sido inicialmente entrevistadas, de poder incluidas en el proceso si lo consideran necesario. Es importante tener en cuenta que planificar una acción con la participación de las personas migrantes no significa limitarse a contar sólo con las Asociaciones de inmigrantes. Las personas migrantes están presentes en las AMPAS, en las asociaciones de vecinos, en los sindicatos, en grupos religiosos, culturales, etc. Además hay personas cuyas aportaciones pueden ser muy valiosas y que no están vinculadas a ninguna organización. Es común, en esta fase proceder mediante el proceso de “bola de nieve”: a partir de un primer grupo se va preguntando a las personas si conocen a otras que consideren importante incluir. No se trata de que estén presenten personas que representan a todos los grupos o categorías sociales genéricos (Asociaciones de Vecinos, Sindicatos, Instituciones, ONGD, etc.) sino que estén presentes todas

las posiciones o racionalidades respecto a un determinado problema. Esto significa que en el grupo de trabajo se suele incluir a personas que no pertenecen obligatoriamente a grupos o asociaciones o que no representan a nadie, pero que tienen una visión original y diferente del problema.

Una vez terminado un primer borrador el facilitador devuelve el texto a las personas entrevistadas para que confirmen los datos recogidos y tengan la oportunidad de añadir información, corregir o clarificar. Hay que tener en cuenta que en estos primeros momentos del MCC el facilitador no convoca a las personas, sino que se hace invitar a las reuniones de los grupos ya existentes. De esta forma reconoce y valoriza los recursos ya existentes⁵ y, al mismo tiempo, empieza a legitimar su rol.

La construcción del mapa de intereses/posiciones permite a la facilitadora identificar a las personas que resultan ser más apropiadas para la participación en la *mesa de trabajo*, que es el núcleo operativo del MCC. Es un proceso delicado

notas

⁴ Aguilar, 1988, 2011b, 2001c y 2013, *Op. cit.*

⁵ Como se advirtió en otro trabajo, “es importante identificar no sólo los recursos convencionales existentes sino también los recursos alternativos, tales como: *Nivel de conciencia social* (fundamento de proyectos colectivos y generador de responsabilidades comunitarias). *Cultura organizativa y potencial de gestión*; representada por el potencial organizador desarrollado por la comunidad y sus experiencias de dirección anteriores. Es lo que A. Hirshman llama “principio de conservación y mutación de la energía social” (1983 y 1986). *Potencial tecnológico* (creatividad popular y tecnologías tradicionales apropiadas). *Energía solidaria*, es decir, capacidad de ayuda mutua. *Potencial de calificación y entrenamiento* (ofrecido a través de asociaciones, ONG, etc.). *Capacidad de compromiso y dedicación de las personas*, de manera voluntaria y altruista, y que movilizan ayuda de otras organizaciones. *Otros recursos no convencionales de carácter histórico-antropológico*, tales como las redes sociales y sistemas de valores, la memoria colectiva, la identidad cultural y la cosmovisión, etc.” (Aguilar, 2013: 44)

El método de la construcción del consenso. Una herramienta participativa de toma de decisiones para la gestión creativa de conflictos

porque en la mesa tienen que estar representados todos los puntos de vista, intereses y racionalidades. Una vez identificadas y entrevistadas las potenciales personas representantes de cada punto de vista, la facilitadora tiene que formular una hipotética agenda de trabajo, con un calendario, fechas límite, horarios, presupuesto y los compromisos que implica participar en una mesa de trabajo con estas características. Se trata de una agenda provisional que permite que todas las posibles participantes entiendan las características y el compromiso que implica su participación en la mesa de trabajo.

La decisión final que hay que tomar en esta primera fase es decidir si conviene seguir adelante con el MCC o es preferible utilizar estrategias más tradicionales. Esta decisión se toma en la primera reunión de la mesa de trabajo e implica que las personas estén dispuestas a involucrarse y a ponerse en discusión. Además debe existir un compromiso claro y explícito de quién detenta el poder de decisión: Es importante que quien tiene poder de decisión esté dispuesta a compartir ese poder. Se trata de mostrar, por ejemplo a las instituciones, que el MCC genera más poder y soluciones más creativas. Finalmente, otros aspectos que determinarán la viabilidad del uso del MCC es disponer del tiempo y de los recursos necesarios. Sin este compromiso institucional se corre el riesgo que los procesos participativos no tengan consecuencias prácticas y generen frustración, insatisfacción y resistencias.

3.2.- Segunda etapa: Asignación de los roles, definición de la misión y de las reglas de base del proceso

En la segunda fase del MCC se deciden o se confirman la designación de los roles y se definen las

reglas de base para el desarrollo del trabajo. Además se establecen las reglas sobre la presencia de eventuales observadores externos y las relaciones entre los miembros oficiales de la mesa y sus posibles sustitutos. Se redefinen el plan de trabajo, el calendario de actividades, el presupuesto y los procedimientos de comunicación entre las personas participantes en la mesa y las bases sociales, grupos y categorías sociales que representan. Hay que destacar que todas las decisiones que se toman respecto a la agenda y las reglas de base pueden ser modificadas en cualquier momento siempre y cuando exista un consenso.

Un aspecto esencial de esta fase, que se suele llevar a cabo en las dos primeras reuniones, es definir claramente las reglas de la construcción del consenso. Se trata de clarificar bien la diferencia entre la discusión de las posiciones individuales, propia del método parlamentario y el modo de proceder del MCC. Normalmente el facilitador propone una lista de reglas que tienen que ver con el comportamiento y los procedimientos de toma de decisión que pueden servir como un primer documento de trabajo. Seguidamente presentamos algunas de las reglas que se suelen presentar para su discusión que ejemplifican bien la esencia del MCC (Sclavi y Susskind, 2011: 316-317):

- Cada persona se compromete a ilustrar solamente su punto de vista, renunciando a hablar por los demás.
- Se pueden poner en discusión las ideas pero no las personas.
- Cada participante se compromete a concentrar la atención en los aspectos positivos de lo que se ha dicho, esforzándose en comprender las preocupaciones de los demás.

- Cada participante se compromete a buscar opciones comunes y propuestas que permitan construir un espacio común, sin minimizar los conflictos y las diferencias.
- Cada participante se compromete a tener informada a su propia base (es decir, a quienes comparten su punto de vista pero no participan en la mesa de trabajo).
- Cada participante tiene derecho a rechazar todas las propuestas y, al mismo tiempo, acepta la responsabilidad de presentar alternativas.

El MCC prevé la creación de subcomisiones y la utilización de comisiones de “expertas” cuando sea necesario. Es interesante notar que en el MCC se incluye al grupo de expertos/as pero no se le delega la solución de problemas específicos, aunque se trate de cuestiones muy técnicas. El principio es que la diversidad de las opiniones (incluidas las de las expertas) da mejores resultados que las soluciones propuestas sólo por las expertas⁶.

Es importante que, desde el principio, se haga explícito el fin general o misión del MCC: plantear un proyecto, proponer un paquete de actividades o generar una solución a un problema que sea considerado la mejor de todas las opciones definidas en principio. Además tiene que ser claro el procedimiento que se utiliza: no el voto por mayoría, sino la construcción colaborativa de una propuesta común basada en la exploración de las diferentes opciones.

3.3.- Tercera etapa: La gestión alternativa de los conflictos que surge en la mesa de trabajo

El proceso del MCC suele empezar con un taller de capacitación en gestión alternativa de conflic-

tos. La idea es que el desarrollo de ideas creativas depende de la capacidad de las personas para gestionar los conflictos y transformarlos de obstáculos en oportunidades.

Llevar a cabo un proceso de planificación participativa utilizando el MCC implica cambiar la visión que se suele tener de los procesos de toma de decisión colectivos. Las personas suelen llegar a una mesa de trabajo con una visión “de suma cero” del conflicto, basado en la idea que “si tú ganas yo pierdo”, que si existen posiciones opuestas también los intereses son opuestos. El éxito del método depende de la capacidad de superar esta visión binaria abriendo un espacio de curiosidad y disponibilidad para que sean posibles otras fórmulas de participación.

Es en esta fase donde se evidencian más las aportaciones del método de la construcción del consenso a la planificación y toma de decisiones colectivas en contextos multiculturales. Su punto de partida es que las personas que participan en la mesa de trabajo se centren en entender y ser entendidas y no en convencer y desmontar los argumentos de los demás. Este proceso dialógico se basa en la comprensión de los marcos de referencia que están detrás de las posiciones. Un marco de referencia es el conjunto de valores, intereses, conocimientos que intervienen en nuestra forma de interpretar la realidad desde una determinada perspectiva cultural. Los marcos de referencia de

notas

⁶ En 1995, Scott Page (2007) desarrolló un modelo matemático para estudiar la optimización de las condiciones y estrategias en las soluciones de problemas. El modelo comparaba los resultados de trabajos hechos por grupos de expertos con los resultados de grupos cuyos miembros habían sido elegidos de forma aleatoria. El éxito de la prueba fue inesperado, los grupos aleatorios obtenían casi siempre mejores resultados. Esto significa que la inclusividad es ganadora.

El método de la construcción del consenso. Una herramienta participativa de toma de decisiones para la gestión creativa de conflictos

personas de un mismo horizonte cultural suelen ser compartidos y, consecuentemente, no se suelen poner en discusión y suelen quedar implícitos hasta que no se violan. Pensemos por ejemplo en nuestro estilo comunicativo: cuando hablamos con personas que comparten nuestro mismo horizonte cultural respetamos tácitamente un amplio abanico de reglas de comunicación: la distancia que mantenemos con nuestro interlocutor o interlocutora, la forma de gestionar el tiempo de conversación, las interrupciones, los contactos oculares, el contacto corporal, la entonación, el estilo comunicativo, etc. Todas estas reglas se encuadran en nuestro marco de referencia, pero cuando nos comunicamos con personas que no comparten nuestros marcos interpretativos nacen malentendidos comunicativos, que a menudo interpretamos de forma estereotipada.

El método de la “confrontación creativa” se preocupa por crear las condiciones para que las personas tomen conciencia de los propios marcos de referencia y comprendan los marcos de referencia de las otras personas a través de la explicitación de los intereses, los valores y las claves interpretativas del problema en cuestión. La idea es que nuestra forma de interpretar y definir un problema determina la forma de resolverlo. En este sentido se pueden generar soluciones creativas sólo cuando se reencuadra un problema.

Como hemos visto, el objetivo de esta tercera fase es fomentar la comprensión de la perspectiva de las otras personas participantes y generar múltiples opciones que puedan responder a los diferentes intereses y necesidades de las personas involucradas en el proceso. Fisher, Ury y Patton (1981) identificaron cuatro obstáculos a la creación de nuevas opciones: el juicio prematuro; la búsqueda de una supuesta única respuesta co-

recta; asumir que “la tarta ya está repartida”, que todas las opciones ya están representadas; considerar los problemas de los demás como “sus problemas” y no como problemas comunes. Seguidamente presentamos los principios que permiten crear un *contexto generativo y creativo* y superar estos obstáculos:

Centrarse en los intereses más que en las posiciones. Es importante comprender que si bien las posiciones pueden ser opuestas, esto no significa que los intereses que están detrás de las posiciones tengan que serlo también. Pasar de las posiciones a los intereses permite visibilizar necesidades e intereses compartidos o, al menos, compatibles. Además permite a cada persona clarificar lo que realmente considera importante. Posibilita construir un mapa de los intereses comunes. Sclavi y Susskind (2011) subrayan cómo se logra el acuerdo cuando se pasa del *problem solving*, la solución del problema, al *problem setting*, la redefinición del problema. Separar los intereses de las posiciones es el paso previo necesario para que se hagan explícitos los intereses comunes y se generen soluciones creativas, ya que por cada interés general existen muchas opciones posibles y si se aumentan las opciones es mucho más probable que se encuentren soluciones donde todos y todas ganen.

Maximizar las ventajas recíprocas, se trata de ampliar el espacio de opciones para que puedan incluirse propuestas que satisfagan los intereses de personas que, en principio, tenían posiciones incompatibles.

Separar la fase de invención y generación de propuestas de la fase de decisión. Las propuestas puente se generan a través de la técnica de la lluvia de ideas y sólo en un segundo momen-

to se discuten. El principio que está en la base de la eficacia de la técnica de la lluvia de ideas es que las personas se sientan libres de proponer ideas, actividades etc. sin miedo a ser criticadas y sin tener prisa para llegar a las conclusiones⁷.

En el proceso de generación de alternativas cada persona participante es considerada un recurso necesario para el proceso de toma de decisiones, además se valorizan las redes y las experiencias ya existentes.

La fase de propuestas puede ser realmente creativa siempre y cuando se cree un clima de confianza, estimulante y distendido. Este clima se logra a través de la interacción basada en un estilo comunicativo dialógico: evitar comentarios que ataquen a las personas, reconocer el derecho de todas las personas de ser escuchadas; considerar toda propuesta digna de atención.

La realización de un acuerdo en la planificación es el resultado del desarrollo de *Propuestas puente*, propuestas que responden a diferentes intereses que están detrás de posiciones inicialmente consideradas como opuestas. Para generar propuestas puente es necesario *comprender y tomarse en serio los intereses y las necesidades de las otras personas participantes* y tomarse el tiempo de reflexionar. En este sentido, se procede llevando a cabo “propuestas positivas acumulativas” que podríamos resumir en la pregunta que se suele plantear a las personas que participan en la mesa de trabajo: “si no estás de acuerdo, qué debería cambiar para que la propuesta sea aceptable”.

Las propuestas puente que son consideradas aceptables por todas las personas participantes en la mesa se transforman en *Paquetes de pro-*

puestas. Los paquetes de propuestas se construyen a través de técnicas dialógicas muy utilizadas en la mediación social y comunitaria, entre las cuales destacamos:

Los “*mensajes yo*”, que son mensajes que nos permiten cambiar el foco relacional sobre lo que se asume respecto a las intenciones de las demás personas. Por ejemplo si decimos “Usas esas palabras para manipularme” estamos interpretando las intenciones de la otra persona y estamos etiquetando su comportamiento, generando mecanismos de defensa como la agresividad o la negación. Si, por el contrario, decimos “Cuando usas esas palabras me lastimas”, estamos centrando la atención en nuestra forma de interpretar su comportamiento, no estamos etiquetando a la otra persona y no estamos interpretando sus intenciones, simplemente estamos hablando de los efectos de su estilo comunicativo. Es una técnica muy sencilla y muy eficaz, porque las personas no suelen sentirse juzgadas y porque permite hacer explícita la dimensión relacional de la comunicación.

Las preguntas “¿y si...?” son preguntas que se centran en el futuro y en lo positivo hablando sobre cómo nos gustaría que las cosas funcionaran y no sólo sobre lo que no nos gusta de su funcionamiento actual. Imaginarse escenarios futuros positivos permite abrir el horizonte de posibilidades, motivar a las personas que participan en la mesa de trabajo y reencuadrar situaciones problemáticas.

notas

⁷ Un procedimiento de utilidad para registrar de forma ordenada las aportaciones y propuestas surgidas en la lluvia de ideas, es la técnica de *registro abierto*, que puede facilitar la posterior toma de decisiones y constituir un primer borrador del *texto único* que habrá de elaborarse en la fase siguiente. Una de las ventajas de esta técnica es que complementa la lluvia de ideas, introduciendo en el proceso códigos de análisis consensuados. (Véase: M^a J. Aguilar (2011a). *Cómo animar un grupo*, 18^a ed. Madrid: CCS, pp.118-120.)

El método de la construcción del consenso. Una herramienta participativa de toma de decisiones para la gestión creativa de conflictos

Finalmente, a lo largo de las discusiones en la mesa de trabajo se hace hincapié en los sentimientos, más que en las reivindicaciones: “Esto es importante para mí” en lugar que “Esto es lo que quiero”.

En este proceso, que aplica técnicas de mediación a la toma colectiva de decisiones y a la planificación, juega un papel fundamental el facilitador. Su principal preocupación es que todos los puntos de vista estén presentes en la mesa de trabajo y es la garante de que las personas escuchen. El facilitador se ocupa de guiar el grupo, de centrarlo, cuando es necesario, de facilitar el diálogo más que la argumentación⁸.

Todos los documentos que genera la mesa de trabajo (las propuestas puente, paquetes de propuestas y otros documentos de trabajo, como por ejemplo las relaciones de subcomisiones de trabajos, síntesis de reuniones, etc.) se sintetizan en un Texto único que todas las personas participantes sienten que pueden aceptar y apoyar.

3.4.- Cuarta etapa: Lograr la realización de un acuerdo

Como subrayan Sclavi y Susskind (2011: 305), el objetivo del MCC es llegar a la unanimidad respecto a un acuerdo redactado en un texto único que ofrece a todas las personas interesadas un éxito mayor de lo que hubieran podido conseguir inicialmente sin acuerdo. Un acuerdo logrado a través del MCC puede considerarse mejor porque amplía el horizonte de elección, en el sentido de ampliar las posibles soluciones y ampliar la *misión* de las personas participantes en el proceso: no se trata solamente de generar propuestas, sino de crear un ambiente de confianza y respeto que puede ser la base de futuras colaboraciones y transforma las relaciones entre las partes.

En esta fase es importante ser coherentes con el principio de unanimidad, centrándose en las personas que consideran el acuerdo final inferior a sus expectativas. Hay que comprender las razones de la insatisfacción y generar nuevamente propuestas puente que intenten satisfacer las exigencias de las personas no conformes con el acuerdo. Si no se logra la unanimidad, se puede aceptar un acuerdo que tenga una gran mayoría y recoger en el texto final las disconformidades y los intentos de propuestas puente que se hicieron.

La redacción de un texto único incluye también el análisis de las posibles contingencias. Se trata de prever los factores externos que pueden condicionar la implementación del acuerdo y proponer acciones que puedan mitigar el efecto negativo.

Después de haber llegado a un acuerdo es necesario *convalidarlo* con las bases sociales. El proceso del MCC no es completo hasta que el borrador de texto único aprobado por la mesa de trabajo no haya sido presentado y aceptado por las bases sociales a quienes representa cada miembro de la mesa. El objetivo es acoger todas las objeciones como contribuciones positivas, de esta forma se mejora el resultado final y las bases se identificarán con el dicho resultado. Esta fase es uno de los momentos más críticos del proceso, puesto que las bases pueden no entender el esfuerzo y el proceso que ha llevado al acuerdo. Es importante hacer entender a las bases sociales el proceso a través del cual se ha alcanzado el acuerdo, explicando que no se trata de un compromiso sino de una opción mejor.

3.5.- Quinta etapa: Definición de los mecanismos de control de la implementación

Llegar a concebir una propuesta de acción bien estructurada y viable, donde existe un acuerdo uná-

nime o casi unánime es la condición necesaria para que un proceso de construcción del consenso sea considerado exitoso. Pero esto no es suficiente, es necesario también que se tomen en cuenta los posibles obstáculos a su implementación y que exista un plan para hacerles frente, si no el acuerdo se transforma en “papel mojado” (Sclavi y Susskind, 2011:241).

Las acciones previstas en el MCC para asegurar el respeto de los compromisos son: la organización de una ratificación de la “propuesta de acuerdo” por parte de las bases sociales; la firma del acuerdo por parte de todas las personas que han participado en la mesa de trabajo; y, si es posible, formalizar jurídicamente los compromisos.

Las dos etapas más importantes de esta fase son: la definición de los compromisos, de modo que su implementación sea controlable y que queden claras las responsabilidades; y, presentar el texto único a quién tiene la autoridad formal de hacer posible su implementación. Este último aspecto, en teoría, si se han incluido representantes institucionales en el proceso, no debería ser problemático.

En la práctica es siempre posible que haya una marcha atrás de algunas instituciones, que quién representaba las instituciones en la mesa no tenga el poder decisional necesario para asegurar la implementación del proyecto. En estos casos se forma una delegación cuyo objetivo es presentar, no solamente las propuestas finales, sino el mismo método que se ha utilizado, subrayando las ventajas que tiene respecto a otros métodos de toma de decisiones. Finalmente se trata de monitorizar el proceso de implementación dejando abierta la posibilidad de convocar la mesa de trabajo si fuera necesario.

4. Conclusiones: un método transformativo

El proceso de construcción del consenso no es fácil, uno de los peligros es que las personas participantes se sientan sobrecargadas de trabajo. Que el compromiso sea percibido como demasiado oneroso en términos de tiempo y esfuerzo, pero este peligro, típico de los procesos participativos, es relativo. Es cierto que el MCC, como otras metodologías participativas, requiere una inversión inicial de tiempo y esfuerzo mayor respecto a los métodos tradicionales, pero su eficacia, y a medio plazo su eficiencia, es mayor. ¿De qué sirve tomar decisiones rápidamente cuando éstas no son reconocidas ni respetadas por las bases sociales, ni por los actores involucrados? El proceso de construcción del consenso, como otros enfoques participativos, puede ser inicialmente más lento y largo que el método de votación por mayoría, pero sus resultados son en realidad más sostenibles, viables y satisfactorios y esto significa que el tiempo que se invierte al principio se gana en la implementación.

El método de la construcción del consenso puede dejar perplejas a las personas participantes, más acostumbradas a métodos de estilo parlamentario. Pero para generar respuestas eficaces en contextos multiculturales complejos es necesario superar lo que Sclavi y Susskind definen como *barreras perceptivas* (2011: 269): el miedo a los cambios, el miedo al fracaso, las dudas respecto a un proceso considerado a priori largo, costoso y lento;

notas

⁸ Además de “garante del diálogo” la facilitadora se ocupa de redactar el orden del día, de la preparación de los materiales necesarios para los encuentros, de evidenciar los conceptos y temas tratados en tiempo real, de coordinar los trabajos de los subgrupos, de redactar la síntesis de los encuentros y de la gestión en conjunto de todos los procesos de toma de decisiones del grupo.

El método de la construcción del consenso. Una herramienta participativa de toma de decisiones para la gestión creativa de conflictos

una concepción patriarcal de la autoridad. El MCC tiene en común con otros enfoques participativos una visión diferente del poder, de la autoridad y del conocimiento. Esto significa aceptar el riesgo y la incertidumbre como ingredientes necesarios para el desarrollo de soluciones creativas.

Otro problema es que muchas personas consideran que no tienen las competencias necesarias para participar en un proceso de construcción del consenso. En realidad la esencia del MCC es bastante sencilla, se basa en la explicitación de los propios intereses y en la disposición a escuchar y comprender las posiciones de las otras personas.

El método de la construcción del consenso hace importantes aportaciones a los procesos de planificación intercultural entre las cuáles podríamos destacar las siguientes:

- se preocupa no solamente del derecho a la palabra, sino también del derecho a ser escuchados/as y comprendidos/as. Este cambio de enfoque es importante porque, como hemos subrayado, los contextos multiculturales suelen caracterizarse por cierta asimetría del poder de negociación y por el hecho que puede que no se compartan los mismos marcos culturales de referencia.
- Hace hincapié en la importancia del empoderamiento y legitimación de las partes a través de un proceso de transformación de las relaciones entre personas y grupos.
- Evidencia la importancia de la creación de "espacios de creatividad": Para que se generen soluciones alternativas y creativas es necesario crear un contexto apropiado que

facilite la multiplicación de las opciones y las iniciativas.

- La construcción de una solución a un problema o una propuesta compartida es el fruto de un proceso cooperativo en el cuál las diferencias se transforman en valor añadido. Cada participante explicita las propias posiciones y los propios intereses como contribución a una futura solución y no en contraposición con las posiciones de los demás.

El método de la construcción del consenso suele generar mejores resultados respecto a los métodos tradicionales porque no se preocupa por buscar soluciones rápidas, sino por transformar las relaciones entre las partes. Es más, no sólo genera alternativas más creativas y consensuadas, sino que fomenta la cohesión entre las personas y grupos participantes, refuerza las redes sociales y la cooperación y legítima y empodera a las partes involucradas en el proceso.

Bibliografía

- Aguilar, M^a J. (1988). *Cómo dirigir una asamblea*. Participación eficaz, INCASUR-Humanitas, Buenos Aires.
- Aguilar, M^a J. (2010). "Modelos de intervención social con inmigrantes e interculturalidad: un análisis crítico", *Inguruak. Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política*, vol. Monográfico especial "Sociedad e Innovación en el siglo XXI", febrero 2010, pp. 77-94.
- Aguilar, M^a J. (2011a). *Cómo animar un grupo*, (18^a ed.), CCS, Madrid (1^a ed. 1990, Kapelusz, Buenos Aires).
- Aguilar, M^a J. (2011b). "Ciudadanía intercultural y animación: una experiencia innovadora para el empoderamiento de colectivos inmigrantes" *Journal Sociocultural Community Development and Practices*, n. 1, pp. 22-47. Recuperado el

3 de junio de 2014. (http://www.atps.uqam.ca/numero/ATPS_1_2010_fr.php#num1_aguilar)

Aguilar, M^a J. (2011c). El racismo institucional en las políticas e intervenciones sociales dirigidas a inmigrantes y algunas propuestas prácticas para evitarlo, en *Documentación Social*, n. 162, pp. 139-166.

Aguilar, M^a J. (2013). *Trabajo social: concepto y metodología*, Paraninfo-Consejo General de Trabajo Social, Madrid.

Aguilar, M^a J. y Buraschi, D. (2012a). El desafío de la convivencia intercultural. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana REMHU*, 38: 27-43. Recuperado el 3 de junio de 2014. Disponible en: <http://www.csem.org.br/remhu/index.php/remhu/article/view/298>

Aguilar, M^a J. y Buraschi, D. (2012b). Prejuicio, etnocentrismo y racismo institucional en las políticas sociales y los profesionales de los servicios sociales que trabajan con personas migrantes, en *VII Congreso Migraciones Internacionales en España. Movilidad humana y diversidad social*, Bilbao, Universidad del País Vasco. Recuperado el 3 de junio de 2014 (<http://bit.ly/1e5Hk8l>).

Aguilar, M^a J. y Buraschi, D. (2013). Asociacionismo e intervención social con inmigrantes, en Raya, E. et. al. (eds.) *Inmigración y ciudadanía activa. Contribuciones sobre gobernanza participativa e inclusión social*, Icaria, Barcelona (pp. 43-68).

Augsburger, D. W. (1992), *Conflict and Mediation Across Cultures*, Westminster/John Knox Press, Louisville, Kentucky.

Consensus Building Institute-Cbi (2007), *Costruire una pace. Per imparare a non credere nella fatalità delle guerre*, Bruno Mondadori, Milano.

Fisher, R., Ury, W. & Patton, B. (1981), *Getting to Yes: Negotiating Agreement without Giving In.*, Penguin Books, New York.

Forester J. (2009), *Dealing with Differences. Dramas of Mediating Public Disputes*, Oxford Univ. Press NY.

Hirshman, A. (1983). "The Principle of Conservation and Mutation of Social Energy", en *Grassroots Development*, 7(2): 2-6.

Hirshman, A. (1986). *El avance en colectividad*, México, F.C.E/ Serie Economía.

Ingouville, F. Y Susskind, L. (2011), *Mejor que la mayoría*, Granica, Montevideo.

Olson, M. (1971). *The logic of collective action*, (2nd ed.), Cambridge, Mass., Harvard University Press.

Podziba S. (2006). *Chelsea Story. Come una cittadina corrotta ha rigenerato la sua democrazia*, Bruno Mondadori, Milano.

Sclavi, M. (2010), "Il metodo del confronto creativo: un upgrading della democrazia", en *Riflessioni sistemiche*, Associazione Italiana di Epistemologia e Metodologia Sistemiche, n. 2. pp. 128-138.

Sclavi, M. (2003), *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Bruno Mondadori, Milano.

Sclavi, M. e Susskind, L., (2011), *Confronto creativo. Dal diritto di parola al diritto di essere ascoltati*, Etal edizioni, Milano.

Scott, E.P. (2007), *The Difference*, Princeton University Press, Princeton.

Susskind, L. (1987), *Breaking the Impasse: Consensual Approaches to Resolving Public Disputes*, Basic Books, New York.

Susskind, L., McKernan, S. & Thomas-Larmer, J. (1999), *The Consensus Building Handbook: a Comprehensive Guide to Reaching Agreement*, Sage, London.

Taylor, M. (1987). *The Possibility of Cooperation*, Cambridge, Cambridge University Press.

Tilly, Ch. (1978). *From mobilization to revolution*, New York, Random House.

Intervención psicosocial: un estudio sobre el afrontamiento parental ante la discapacidad

Lorena Fernández Rodríguez

Carmen Verde Diego

Antonio López Castedo

Resumen

El inesperado nacimiento de un hijo/a con una discapacidad tiene un enorme impacto en la dinámica familiar y en la organización psicológica de los padres. En este artículo se presentan resultados de una investigación cuyo objetivo era detectar los principales factores que provocan estrés y de qué forma las familias afrontan estas problemáticas. Este estudio pretende dar cuenta de algunos de estos aspectos en una muestra de 44 padres y 36 madres de adolescentes diagnosticados de discapacidad física-psíquica, visual y auditiva. Las estrategias de afrontamiento en estos padres nos permiten identificar las dimensiones y las variables que inciden de manera significativa en esta realidad. El instrumento utilizado fue la Escala F-COPES-R. Los resultados señalan que las madres son las que tienen mayor habilidad para buscar apoyo social y espiritual al igual que aceptar los sucesos problemáticos minimizando la reactividad de la familia a diferencia de los padres que tienen una mayor movilidad para buscar ayuda y redefinir los sucesos estresantes con el fin de hacerlos más manejables. Para finalizar planteamos una propuesta de intervención psicosocial para ayudar a estas familias.

Palabras clave

Intervención psicosocial, afrontamiento, discapacidad, progenitores, adolescentes.

Abstract

The unexpected birth of a son/daughter with a disability has a huge impact on family dynamics and psychological organization of parents. This article presents results of an investigation whose objective was to detect the main factors that cause stress and of what forms the families face these problematic. This study aims to give an account of some of these aspects in a sample of 44 fathers and 36 mothers of adolescents diagnosed of psychic-physical disability, visual disability and auditory disability. In these parents coping strategies allow us to identify the dimensions and variables that affect in a significant way in this reality. The used instrument was the Scale F-COPES - R. The results indicate that mothers are to have greater ability to find social and spiritual support to accept the problematic events, minimizing the reactivity of the family as opposed to fathers who have greater mobility to seek help and redefine the stressful events in order to make them more manageable. Finally, we consider a proposal of psychosocial intervention to help these families.

Keywords

Psychosocial intervention, coping, disability, parents, adolescents.

Antonio López Castedo

Psicólogo.

Profesor Titular de
Metodología de las Ciencias
del comportamiento en Trabajo
social. Universidad de Vigo
alopez@uvigo.es

Lorena Fernández Rodríguez

Psicopedagoga.

Investigadora universidad de Vigo
lore_ronald88@hotmail.com

Carmen Verde Diego

Trabajadora social.

Profesora Titular de Trabajo
social. Universidad de Vigo
carmenverde@uvigo.es



Intervención psicosocial: un estudio sobre el afrontamiento parental ante la discapacidad

Introducción

Con el paso de los años, las familias, han ido sufriendo cambios sustanciales no solo en su estructura si no también en la redefinición, distribución y características personales de los miembros que la componen, lo que ha hecho que se haya ido modificando a lo largo del tiempo ocasionando con ello una evolución radical.

Indagar científicamente en la complejidad de la realidad social que vive los diferentes cambios producidos en el interior de las familias, nos da las pautas de que algo está sucediendo. Por eso, es necesario que se brinden herramientas de afrontamiento que sean utilizadas para abordar los diferentes problemas que se generan en una familia, como puede ser el nacimiento de un hijo/a con discapacidad. El afrontamiento como tal, forma parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo y es una de las variables personales declaradas como participantes en los niveles de calidad de vida percibida, a la cual se atribuye un gran valor e importancia en las investigaciones sobre bienestar psico-lógico (Font, 1990). Enfrentarse a esta problemática supone un gran impacto para todo el núcleo familiar, sobre todo para los progenitores, ya que el hecho se percibe como algo inesperado que rompe las expectativas sobre el hijo/a deseado.

Por todo ello, la resistencia de los progenitores dependerá de la calidad de vida y de los diferentes miembros que la componen y de su lucha por afrontar las adversidades que se presenten en la vida. Estas revisiones teórico-conceptuales señalan la necesidad de realizar esta investigación sobre el afrontamiento parental ante la discapacidad. En este sentido, Núñez (2007) plantea que durante mucho tiempo, por lo general, las investigaciones han centrado la mirada en la persona con disca-

pacidad y sólo de una manera muy tangencial, en su familia; es decir, en el papel que debían jugar, no la familia, sino los progenitores, como una ayuda imprescindible para el desarrollo del hijo/a. Si los padres tenían problemas era una cuestión distinta; lo importante era el hijo/a. En el caso de una persona con discapacidad, la atención suele focalizarse en qué consiste la enfermedad, cómo se origina, cuáles son los signos y síntomas que presenta quien lo padece, y hasta incluso, cuáles podrían ser potenciales tratamientos psicológicos para lograr algún tipo de evolución o mejoramiento en la calidad de vida. En otras palabras, la persona con discapacidad se ubicaba en un lugar principal y como único beneficiario, entendiendo que la atención prestada a la misma contribuía a la estabilidad y bienestar de todo el sistema familiar. "Sacar a la persona discapacitada del centro de la escena no significa descuidarlo, sino por el contrario, tener una mejor comprensión de él, entendiéndolo como un subsistema que forma parte de un sistema mayor el cual constituye junto a sus padres, como es la familia" (Núñez 2007 p.14).

En relación a la persona con discapacidad, los padres, son los primeros prestadores de apoyos, y los mismos requieren a su vez, apoyos para su crecimiento, para el desarrollo de sus integrantes y para su equilibrio emocional; ya que la familia con un hijo/a con discapacidad presenta un estrés crónico, como consecuencia de la gran demanda física, psíquica y económica de la situación. A partir de esta situación tiene lugar lo que Lazarus (1966) denomina "evaluación cognitiva", es decir, la persona analiza e interpreta con qué recursos personales le puede hacer frente a la situación estresante o temida.

Por todo ello, en esta investigación se plantean como objetivos el de identificar el nivel de afrontamiento familiar en las distintas dimensiones (Adqui-

sición de Apoyo Social, Reestructuración Positiva, Búsqueda de Apoyo Espiritual, Modificación Familiar para Adquirir y Aceptar Ayuda, Valoración Pasiva) asociado a la paternidad/maternidad de los adolescentes con discapacidad y determinar que variables (sexo del progenitor y tipo de discapacidad) influyen de manera significativa en esta realidad.

1. Método

1.1.- Participantes

La muestra de este estudio está constituida por un total de 80 progenitores (44 padres y 36 madres), que voluntariamente han accedido a colaborar en nuestra investigación. Los participantes tenían edades comprendidas entre 33 y 67 años, con una edad media de 51.73 y una desviación típica de 7.50 años. Con relación al nivel de estudios, se observó que el 46.3% ha realizado estudios secundarios, un 28.8% primarios y el 25.0% han cursado estudios universitarios. Por otro lado, en cuanto a la situación laboral el 48.8% trabajan, el 20% se encuentran sin una ocupación definida frente al 17.5% que se encuentra desempleado, y, por último, el 13.8% se dedican a los trabajos en el hogar. En cuanto a la discapacidad del hijo/a el 71.3% de los participantes tienen un hijo/a con un discapacidad física-psíquica, el 18.8% con una discapacidad visual y el 10% con auditiva. En relación a la edad del hijo/a con discapacidad, se aprecia que presentan un mayor porcentaje los hijos/as con edades comprendidas entre los 12 y 18 años (56.8%), frente al 43.8 % de los hijos/as que tienen edades entre los 19 y 22 años, siendo la edad media de 17.58 años, con una desviación típica de 2.85. Por último, en cuanto a la variable de ayuda económica que reciben las familias con

respecto a su hijo/a, la mayoría de los participantes (71.3%) reciben ayuda económica de las instituciones; con un porcentaje más bajo 11.3% se encuentran los participantes que reciben ayuda de sus familiares; el 10% asegura que recibe ayuda de otros medios; y, sólo un 7.5% de la muestra, admite que recibe ayuda económica de su pareja.

1.2.- Materiales

Para llevar a cabo este estudio, los instrumentos de recogida de datos que se han empleado fueron los siguientes:

Cuestionario sociodemográfico: Diseñado para obtener: *a) datos sobre el progenitor* (situación familiar, edad, nivel de estudios, país en el que más tiempo ha residido, tienes pareja, tu pareja es el progenitor biológico de tus hijos/as, edad de tu pareja, situación laboral, con quién vives actualmente, número de hijos/as.); *b) datos sobre el hijo/a con discapacidad* (tipo de discapacidad de tu hijo/a, edad, lugar que ocupa, recibes ayuda económica).

Escala de Evaluación Personal del Funcionamiento Familiar en Situaciones de Crisis (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales, F-COPES-R), de McCubbin, Olson y Larsen (1981). Es un instrumento inicialmente diseñado para evaluar e identificar el tipo de estrategias conductuales y resolución de problemas que la familia, como sistema, utiliza durante las situaciones problemáticas. En general, analiza los recursos de afrontamiento de la familia ante el estrés y entre estos recursos estudia el apoyo social de la comunidad (Caplan, 1974), y los amigos y vecinos (Litwak y Szelenyi, 1969), las estrategias en la resolución de los problemas la evaluación que la familia realiza del estresor, (Klein y Hill, 1979), así como el apoyo espiritual y la inclinación a pedir ayuda (McCubbin, Thompson y

Intervención psicosocial: un estudio sobre el afrontamiento parental ante la discapacidad

McCubbin, 1996). Es una escala tipo Likert de cinco alternativas y compuesta por 30 ítems en la que el sujeto debe indicar si está totalmente de acuerdo con la situación (1) o está totalmente en desacuerdo (5), es decir, en función de la frecuencia de uso de cada estrategia. Esta escala está compuesta por cinco subescalas, que a su vez se agrupan en dos tipos de estrategia: 1) Estrategias internas, que evalúan cómo la familia internamente maneja las situaciones críticas que enfrenta; estas son: reestructuración y evaluación pasiva. 2) Estrategias externas, que examinan las formas como la familia maneja los eventos críticos, utilizando los recursos psicosociales provenientes de su relación con el exterior de sus fronteras (obtención de apoyo social, búsqueda de apoyo espiritual y movilización familiar). Presente una consistencia interna para el total, mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, de $\alpha = .86$, siendo de $.83$ para la dimensión de Adquisición de Apoyo Social, $.82$ para Reestructuración Positiva, $\alpha = .80$ para Búsqueda de Apoyo Espiritual, $\alpha = .71$ para la Movilidad Familiar para Adquirir y Buscar Ayuda, y $\alpha = .63$ para Valoración Positiva. En este estudio, la fiabilidad obtenida ha sido bastante similar, presentando para el total un Alfa de Cronbach de $.85$ y por lo que respecta a las dimensiones se han obtenido las siguientes fiabilidades: Adquisición de Apoyo Total ($\alpha = .77$), Reestructuración Positiva ($\alpha = .67$), Búsqueda de Apoyo Espiritual ($\alpha = .90$), Movilidad Familiar para Adquirir y Buscar Ayuda ($\alpha = .81$) y Valoración Positiva ($\alpha = .62$). Por tanto, consideramos que esta investigación alberga unos índices de fiabilidad muy satisfactorios.

1.3.- Procedimiento

El contacto inicial con las familias pertenecientes a las provincias de Ourense y Pontevedra se realizó durante el periodo de Diciembre de 2012 a Abril de 2013. Previamente se procede a entrar en con-

tacto con el equipo directivo y los orientadores de los centros, con el objeto de explicarles la finalidad y alcance de la investigación y proponerles la participación voluntaria de las familias. Seguidamente, al manifestar la dirección su consentimiento, se mantuvo una reunión informativa con los padres y madres de los adolescentes discapacitados. Se les solicita a los padres y madres que deciden colaborar que sean lo más sinceros posibles a la hora de contestar y que no dejasen ninguna pregunta sin responder. El tiempo aproximado que se utilizó para ejecutar la tarea, fue de unos 30 minutos aproximadamente.

2. Diseño y análisis de datos

El enfoque metodológico de este estudio es de tipo cuantitativo y el diseño empleado es, por una parte, de tipo transversal por cuanto se trata de conocer e identificar, en un momento determinado de la relación padre/madre-hijo, el tipo de estrategias conductuales y resolución de problemas que la familia (padre/madre), como sistema, utiliza durante las situaciones problemáticas. Por otra parte, ofrece un doble nivel de análisis: descriptivo, respecto a qué dimensiones de afrontamiento pueden estar presentes en este tipo de situaciones; y comparativo, para evaluar las diferencias existentes en el afrontamiento familiar en sus diversas dimensiones entre el grupo de padres y madres de adolescentes con discapacidad. Por tanto en esta investigación se utiliza un Diseño experimental multigrupo de una sola variable: su empleo permite analizar una sola variable independiente con dos o más niveles de tratamiento.

Para analizar los datos obtenidos en la investigación, hemos sometido los resultados a los siguientes análisis estadísticos: análisis de frecuencias y

porcentajes de cada variable cualitativa, puntuación media y desviación típica de cada variable cuantitativa, análisis de varianza (Anova) de un factor y método de comparaciones múltiples post hoc o a posteriori (Prueba de Scheffé). Para todos los análisis se consideró que una relación era estadísticamente significativa cuando $p < .05$ y no significativa si $p > .05$. Los datos fueron analizados mediante el programa estadísticos SPSS 20.0 para Windows.

3. Resultados

En este apartado se realiza la presentación de los resultados obtenidos en esta investigación, describiéndolos de forma sistemática en función de las cinco dimensiones presentes en el F-COPES-R.

En cuanto a la dimensión de **Adquisición de Apoyo Social**, se observa que la puntuación

DIMENSIONES	VARIABLES	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	F	p
Adquisición de Apoyo Social	Padre	27.39	6.49	7.95	.006
	Madre	31.52	6.55		
	Física-Psíquica	30.84	6.81	3.14	.049
	Auditiva	26.87	7.24		
	Visual	26.67	5.43		
Reestructuración Positiva	Padre	32.19	4.13	1.23	.270
	Madre	31.07	4.79		
	Física-Psíquica	32.35	4.31	3.17	.047
	Auditiva	29.12	4.70		
	Visual	29.93	4.57		
Búsqueda de Apoyo Espiritual	Padre	10.89	5.46	0.93	.337
	Madre	12.02	5.02		
	Física-Psíquica	12.91	3.91	8.46	.000
	Auditiva	8.12	5.05		
	Visual	8.00	4.05		
Movilización Familiar para Adquirir y Aceptar Ayuda	Padre	16.55	3.83	1.37	.245
	Madre	15.52	4.00		
	Física-Psíquica	16.75	4.95	4.16	.019
	Auditiva	13.62	3.27		
	Visual	14.33	4.88		
Valoración Pasiv	Padre	15.44	4.81	1.92	.278
	Madre	16.48	3.97		
	Física-Psíquica	16.86	4.74	4.64	.013
	Auditiva	14.75	4.06		
	Visual	13.47	3.48		

Tabla 1: Medias y desviaciones típicas de las diferentes dimensiones del f-copes-r en función del sexo del progenitor y la discapacidad del hijo/a.

Intervención psicosocial: un estudio sobre el afrontamiento parental ante la discapacidad

media más elevada en lo que concierne al sexo del progenitor se produce en la madre (31.52) en relación al padre, el cual presenta una media de 27.39; mientras que atendiendo a la discapacidad que muestra el hijo/a, se ofrecen unas medias superiores en los participantes que tienen hijos/as con discapacidad física-psíquica (30.84) frente a los que tienen una discapacidad auditiva (26.87) y visual (26.67). Los resultados del ANOVA, nos ponen de manifiesto que la variable sexo del progenitor ($F=7.95$; $p=0.006$) y discapacidad del hijo/a ($F=3.14$; $p=0.049$), son fuentes significativas de variación. Estos nos indican que las madres muestran una media significativamente mayor que los padres a la hora de adquirir apoyo social y, a su vez, el análisis a posteriori (Scheffé) nos muestra que se exhiben diferencias significativas entre los hijos/as con discapacidad visual y física-psíquica.

Atendiendo a la dimensión de **Reestructuración Positiva**, apreciamos que la puntuación media más elevada en lo que se refiere al sexo del progenitor se produce en el padre (32.19) con relación a la madre, que presenta una media de 31.07; si tenemos en cuenta la discapacidad del hijo/a, se contemplan unas medias superiores en los participantes que tienen hijos/as con discapacidad combinada física-psíquica (32.35) frente a los hijos/as que tienen discapacidad visual (29.93) y auditiva (29.12). Los resultados del ANOVA, nos ponen de manifiesto que la variable discapacidad del hijo/a ($F=3.17$; $p=0.047$) es una fuente significativa de variación en esta dimensión. El análisis a posteriori nos pone de manifiesto que existen las diferencias significativas se dan entre la discapacidad auditiva y física-psíquica.

Si tenemos en cuenta la dimensión de **Búsqueda de Apoyo Espiritual**, se observa que la puntuación media más elevada en lo que se re-

fiere al sexo del progenitor la encontramos en la madre (12.02) con relación al padre, que presenta una media de 10.89; por otro lado, si tenemos en cuenta la discapacidad del hijo/a, se perciben unas medias superiores en los participantes que tienen hijos/as con discapacidad física-psíquica (12.91) frente a los hijos/as que tienen discapacidad auditiva (8.12) y visual (8.00). Los resultados de la ANOVA a las distintas variables nos indican que la variable discapacidad del hijo/a ($F=8.46$; $p=0.000$) es una fuente significativa de variación con respecto a esta dimensión; no encontrando diferencias significativas con el sexo del progenitor. La prueba de Scheffé nos muestra que las diferencias significativas se encuentran entre discapacidad auditiva y física-psíquica, y discapacidad visual y física-psíquica.

En cuanto a la dimensión de **Movilización Familiar para Adquirir y Aceptar Ayuda**, se aprecia que la puntuación más elevada en lo que se refiere al sexo del progenitor se encuentra en el padre (16.55) con respecto de la madre (15.52); Por otra parte, si atiende a la discapacidad que presentan el hijo/a, se presentan medias superiores en los progenitores que tienen hijos/as con discapacidad física-psíquica (16.75) con respecto a los que tienen hijos/as con discapacidad visual (14.33) y auditiva (13.62). El ANOVA nos indican que sólo la discapacidad del hijo/a ($F=4.16$; $p=0.019$) es fuente significativa con respecto a esta dimensión. Los análisis a posteriori (Scheffé) practicados nos indican que existen diferencias significativas entre la discapacidad auditiva y física-psíquica y discapacidad visual y física-psíquica.

Por último, en la dimensión de **Valoración Pasiva**, se advierte que la puntuación más elevada en cuanto al sexo del progenitor, se evidencia en la madre (16.48) con respecto al padre (15.44);

mientras que, atendiendo a la discapacidad de hijo/a, las medias superiores se dan en los padres/madres que tienen hijos/as con discapacidad física/síquica (16.86) frente a los hijos/as que tienen una discapacidad auditiva (14.75) y visual (13.47). La realización de la ANOVA nos indica que la variable discapacidad del hijo/a ($F = 4.64$; $p = 0.013$) es una fuente significativa de variación con respecto a esta dimensión, no encontrando diferencias significativas con el sexo del progenitor. La prueba de Scheffé nos pone de manifiesto que las diferencias significativas se encuentran entre la discapacidad visual y física-psíquica.

4. Discusión

Las aportaciones del presente estudio, aunque son preliminares, tratan de profundizar en el afrontamiento familiar de los progenitores ante la llegada de un hijo/a con discapacidad. Muchos autores, como Gillberg y Peeters (1995), realizaron estudios acerca de las personas que tienen alguna necesidad educativa especial, en este caso, el autismo; pero sólo algunos tratan las consecuencias en la familia ante la discapacidad (Vallejo Martínez, 2001).

La importancia de atender a la familia hace que los padres/madres sean el objetivo prioritario de intervención, y más concretamente cuando hablamos de hijos/as que nacen con una discapacidad. Esto afecta a toda la unidad familiar, pero en la mayoría de los casos son las madres las que asumen el rol de cuidadoras, papel para el cual no están preparadas y que, en multitud de casos, asumen sin recibir el apoyo y ayuda adecuados para enfrentarse a esta situación (Heiman y Berger, 2008). Como consecuencia de todo ello, van a acontecer cambios en el estado emocional, pero sobretudo van a experimentar elevados índices

psicopatológicos en los que depresión, estrés, sobrecarga o aislamiento social, son el común denominador (Eisenhower, Baker y Blancher, 2005).

En este sentido, existen multitud de trabajos que indican la presencia de diferentes problemas por los que pasan las familias ante una discapacidad o enfermedad concreta, pero no tratan la discapacidad de manera global, como en la presente investigación. Así, Romero y Morillo (2002), analizaron el impacto de afrontamiento en un grupo de madres de hijos con síndrome de Down, siendo esta experiencia percibida por las madres como una tragedia personal, utilizando en mayor medida la dimensión de apoyo espiritual. Al igual que ocurre en nuestro estudio, son las madres frente a los padres las que necesitan participar en actividades de la comunidad religiosa que las ayuden a afrontar la problemática a la que están expuestas y rehúyen de buscar recursos comunitarios y aceptar la ayuda de otros. Por otra parte, Olson y McCubbin (1989), señalan la importancia de entender el afrontamiento como un proceso y a la vez como una estrategia. Por eso, las estrategias de afrontamiento forman parte de los recursos psicológicos de cualquier individuo en relación con la mejora de la calidad de vida y bienestar psicológico (Jiménez, Amarís y Valle, 2012). En la investigación aquí desarrollada, se hace un estudio de las estrategias familiares que utilizan los padres/madres para afrontar la llegada de un hijo/a con discapacidad a su familia. Si se analiza la habilidad para adquirir tanto apoyo social como espiritual existen diferencias significativas de las madres con respecto de los padres ya que ellas son las que necesitan acudir al exterior. Por otro lado, en cuanto a la hora de hacer más manejables los sucesos estresantes enfrentándose a ellos y buscar recursos comunitarios, son los padres los que presentan una mayor iniciativa.

Intervención psicosocial: un estudio sobre el afrontamiento parental ante la discapacidad

Para finalizar, no debemos olvidar que la experiencia de la discapacidad es única para cada persona ya que está influida por una compleja combinación de factores (como las diferencias personales de experiencias, temperamentos y contextos diferentes en los que la persona vive). Por tanto, deberíamos profundizar en multitud de variables que han quedado fuera del alcance de este trabajo por cuestiones de tiempo.

5. Conclusiones

Como conclusiones finales podemos apuntar las siguientes:

Se ha observado que en la dimensión de Adquisición de Apoyo Social tanto el sexo de progenitor como el tipo de discapacidad del hijo/a son significativas. Son las madres las que tienen una mayor habilidad para dedicarse activamente en la adquisición de apoyo, solicitar ánimo y recibir apoyo moral con respecto a los padres, presentándose diferencias significativa entre los hijos/as con discapacidad visual y física-psíquica

Teniendo en cuenta la dimensión de la Reestructuración positiva se aprecia que la discapacidad del hijo/a es significativa frente al sexo del progenitor que no lo es. Son los padres los que poseen la capacidad para redefinir los sucesos estresantes y afrontar con fuerza los problemas razonando e intentando conseguir soluciones lo más correctas posibles, encontrando diferencias significativas entre la discapacidad auditiva y física/psíquica.

Se pone de manifiesto que en la dimensión de Búsqueda de Apoyo Espiritual se observa que el tipo de discapacidad del hijo/a es una fuente significativa. Las madres son las que poseen con res-

pecto a los padres la habilidad para adquirir apoyo espiritual y participar en actividades de la comunidad religiosa, hallando diferencias significativas entre la discapacidad auditiva/física-psíquica y discapacidad visual/física-psíquica.

En relación a la dimensión de la Movilización Familiar para Adquirir y Aceptar Ayuda se tiene presente que se presentan diferencias significativas en cuanto a la discapacidad del hijo/a. Son los padres los que poseen la habilidad para buscar recursos comunitarios y solicitar consejo de otras familias que han afrontado problemas similares, exhibiéndose diferencias significativas entre la discapacidad auditiva/física-psíquica y discapacidad visual/física-psíquica.

Finalmente, teniendo en cuenta la dimensión de la Valoración Pasiva se observa que se presentan diferencias significativas en cuanto a la discapacidad del hijo/a. Las madres son las que presentan habilidades para aceptar los sucesos problemáticos minimizando la reactividad de la familia, revelándose diferencias significativas entre la discapacidad visual y la física-psíquica.

En síntesis, la importancia de este estudio radica en la aportación de datos que mejoren la calidad de vida de padres/madres afectados por esta problemática. Sin embargo, no debemos pasar por alto las limitaciones que conciernen a la metodología de este trabajo, como es el tamaño reducido de la muestra. Conocer las estrategias de afrontamiento familiar en los padres/madres que tienen un hijo/a con discapacidad es una herramienta útil hacia la prevención y control de estrés generado. Los terapeutas que trabajen con estas familias deberán profundizar en el conocimiento no sólo de estrategias de afrontamiento, sino también en programas para el desarrollo de habilidades so-

ciales, manejo de emociones, control de estrés y ansiedad que debieran de estar normalizados.

A partir de las conclusiones de este trabajo y recordando que el objetivo general que nos planteamos era identificar y conocer el nivel de afrontamiento familiar asociado a la paternidad y a la maternidad de los adolescentes con discapacidad, la presente investigación aporta información sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los progenitores para enfrentarse a su realidad.

6. Propuesta de intervención psicosocial

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación sobre afrontamiento en progenitores con adolescentes discapacitados planteamos una propuesta de **intervención psicosocial parental** en el que establecemos un núcleo de intervención para poder dar respuesta a los progenitores del/ de la adolescente con discapacidad.

El diseño que vamos a presentar a continuación es una propuesta personal de intervención psicosocial debido a la problemática encontrada en la investigación realizada, ya que la llegada de un hijo con discapacidad a la familia es un conflicto de afrontamiento en el núcleo familiar (Núñez, 2003). Por ello, consistirá en la interacción de los profesionales con los padres desde un clima cercano y un ambiente de confianza, en la que, los profesionales actuarán como informadores, personal de apoyo, y orientadores de todo el proceso. Además de la interacción profesional-parental, se fomentarán las reuniones grupales de auto-ayuda, en las que, todos los progenitores puedan compartir experiencias, y se apoyen mutuamente. Considerando estos grupos familiares como una vía fundamental de “respiro”

de las familias. La intervención se llevará a cabo a partir de una asociación de padres que luchan por mejorar su calidad de vida para afrontar la llegada de las discapacidad a su núcleo familiar.

El clima familiar va a afectar al desarrollo integral y a la capacidad de ser autónomo e independiente de la persona con discapacidad, por lo tanto, si no existe una buena relación entre los diferentes miembros de la familia, podría verse mermado dicho desarrollo e integración social (Viloria y Redruello, 2004).

Los objetivos son los siguientes:

6.1.- Objetivo general

- Proporcionar a los progenitores herramientas para satisfacer las necesidades especiales de sus hijos/as.

6.2.- Objetivos específicos

- Ofrecer información para adentrarse en el conocimiento de la discapacidad de su hijo/a.
- Trabajar las habilidades afectivo-emocionales en la relación paterno-filial.
- Aportar pautas básicas teórico-prácticas sobre la realización de actividades en el día a día.

Podemos decir que esta propuesta podrá tener una duración de 1 mes (ampliable), durante 8 horas semanales, en las que 4 de ellas serán destinadas al desarrollo de diferentes actividades dirigidas a los progenitores de menores con discapacidad, para conseguir que estos se sientan con las herramientas suficientes como para poder enfrentarse a los problemas del día a día con sus hijos y con la sociedad en general, y las otras 4

Intervención psicosocial: un estudio sobre el afrontamiento parental ante la discapacidad

horas semanales serán destinadas a reuniones de auto-ayuda a las que acudirán los progenitores implicados en el proyecto. En estas reuniones grupales, tal y como explicamos anteriormente, las familias compartirán experiencias y se fomentará el apoyo mutuo.

6.3.- Descripción del contenido de actividades

Para dar respuesta a las necesidades que plantean las familias que tienen a un miembro con discapacidad se llevarían a cabo las siguientes actividades con las familias:

Actividades a realizar con las familias:

- **Información, orientación y asesoramiento familiar:** a través de un terapeuta familiar especializado, se ofrecerá asesoramiento familiar y se establecerán unas pautas de actuación a las familias para que aprendan a enfrentarse a los problemas sin estrés y comiencen a utilizar nuevas estrategias de afrontamiento.
- **Actividades de dinamización** entre las que encontramos:
 - *Jornadas y encuentros con diferentes familias:* se organizan encuentros familiares para trabajar sobre diferentes aspectos y entornos de la persona y de la

familia. Uno de los objetivos de estas actividades es potenciar las relaciones entre las familias de diferentes asociaciones, disponiendo de un espacio en el que puedan compartir experiencias, inquietudes, conocimientos, etc.

- *Mesas redondas, charlas-coloquios:* la mesa redonda consiste en que un grupo de expertos plantean un tema desde distintos puntos de vista, que pueden ser divergentes o complementarios, exponiéndolo ante los asistentes de forma sucesiva. Tras la exposición, se abre un turno de preguntas o comentarios con los asistentes.

- **Actividades de formación (talleres):** actividades de formación continua en el que el principal objetivo es facilitar conocimientos a los progenitores sobre la discapacidad del adolescente y donde se podrán llevar a cabo talleres interactivos entre los diferentes miembros para enriquecerse conjuntamente.
- **Grupos de auto-apoyo:** reuniones familiares (de los progenitores que forman parte del proyecto de intervención) que se llevarán a cabo semanalmente para abordar temáticas sobre “cómo enfrentarnos a momentos de crisis del adolescente”. Todo esto, bajo la intervención de un psicólogo y un trabajador social.



Tabla 2: Grupos de auto-apoyo.

6.4.- Destinatarios

Los destinatarios de esta propuesta de intervención son los progenitores que tienen un hijo/a adolescente que presenta algún tipo de discapacidad y necesitan herramientas para hacer frente a procesos estresantes por los que puedan llegar a pasar a lo largo de su día a día.

6.5.- Intervención

Para poder conseguir los resultados propuestos, los progenitores deberán adquirir: conocimientos teóricos básicos sobre el tipo de discapacidad que presenta su hijo, diferentes habilidades en el ámbito afectivo en la relación paterno-filial y pautas básicas teórico-prácticas sobre la realización de las actividades en la vida cotidiana. Para ello contaremos con la impartición de conocimientos teóricos por parte del terapeuta, así como la puesta en marcha de diferentes actividades, que ayudarán a la adquisición de conocimientos y habilidades necesarias para poder llegar al objetivo de este proyecto.

6.6.- Metodología

La metodología utilizada será grupal, ya que, como se ha expuesto, las actividades se realiza-

rán en grupo familiar, compuesto por las familias (progenitores) que han decidido participar en el proyecto.

Será dirigida, ya que será el terapeuta es el encargado de orientar al grupo, pero ampliamente participativa debido al dinamismo de las actividades y a la imprescindible realización de actividades prácticas del grupo para su ejecución.

Tendría una gran importancia la observación por parte de los profesionales, ya que, será un medio utilizado para la evaluación continua.

6.7.- Recursos

Nos encontramos con diferentes recursos comunitarios en la sociedad. Por un lado estarían los servicios comunitarios de índole pública (servicios sociales comunitarios y servicios sociales especializados); y de índole privada (asociaciones de padres, empresas...). En esta propuesta de intervención centrada en el afrontamiento de la discapacidad por parte de los padres, los recursos utilizados vendrían centrados desde el ámbito privado.

Seguidamente, expondremos los recursos necesarios para llevar a cabo esta intervención:

RECURSOS COMUNITARIOS

Recursos de apoyo natural	Progenitores que forman parte de la asociación de padres
Recursos de apoyo organizado	Formado por los grupos de apoyo
Recursos de apoyo profesional	Trabajador social Psicólogo
Recursos materiales	Salas destinadas a hacer las actividades Materiales fungibles (folios, bolígrafos) Materiales técnicos

Tabla 3: Recursos.

Intervención psicosocial: un estudio sobre el afrontamiento parental ante la discapacidad

6.8.- Evaluación

La propuesta de intervención planteada contará con las siguientes evaluaciones:

- Evaluación inicial:

Tratará de identificar el punto de partida en el que se encuentran los participantes con respecto a los objetivos que se pretenden alcanzar.

Los aspectos a evaluar serán:

- Conocimientos teórico-conceptuales sobre el tipo de discapacidad que padece su hijo/a.
- Conocimiento de herramientas necesarias para trabajar con sus hijos/as.
- Necesidad de compartir experiencias.

El procedimiento para evaluar los anteriores aspectos será la entrega antes de iniciar las actividades, de un cuestionario a cada unidad familiar, que deberán cubrir y entregar al terapeuta.

- Evaluación continua:

Evaluará el funcionamiento y la eficacia del proyecto y si las actividades se están llevando a cabo adecuadamente. Este tipo de evaluación es de gran importancia, porque permite tomar decisiones de mejora sobre la marcha y modificar aquellos aspectos que no sean favorables.

- Evaluación final:

Tratará de medir la consecución de los objetivos que se plantean con el proyecto por una parte, y por otra, el aprendizaje y la implicación de las familias.

Bibliografía

Caplan, G.(1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.

Eisenhower, A. S., Baker, B. L. y Blacher, J. (2005). Preeschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behavior problems and maternal well being. *Journal on Intellectually Disability Research*, 49, 657-671.

Font, A. (1990). *Estrategias de afrontamiento, adaptación y calidad de vida*. Comunicación presentada en el II Congreso Oficial de Psicólogos, Madrid, España.

Gillberg, Ch. y Peeters, T. (1995). *Autism. Medical and Educational Aspects*. Berchem: Janssen-Cilag.

Heiman, T. y Berger, O. (2008). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 289-300.

Jiménez, M., Amarís, M. y Valle, M. (2012). Afrontamiento en crisis familiares: El caso del divorcio cuando se tienen hijos adolescentes. *Salud Uninorte Barranquilla*, 28(1), 99-112.

Klein, D. M., y Hill, R.(1979). *Determinants of family problem-solving effectiveness*. New York: The Free Press.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.

Litwak, E. y Szelenyi, I. (1969). Primary Group structures and their functions: Kin, neighbours and friends. *American Sociological*, 34, 456-484.

McCubbin, H.I., Larsen, A. y Olson, D.H. (1981). F-COPES: Family Oriented Personal Evaluation Scales. En D.H. Olson, H.I. McCubbin, H. Barner, A. Larsen, M. Muxen y L. R. Wilson (Eds.), *Family Inventories* (pp. 455-507). Minnesota: University of Minnesota, St. Paul.

McCubbin, H.I., Thompon, A. I. y McCubbin, M. A. (1996). *Family Assessment:Resiliency, coping and adaptation*. Madison, WI: University of Wisconsin System.

Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. *Archivos argentinos de pediatría*, 101(2), 133-142.

Núñez, B. (2007). *Familia y discapacidad de la vida cotidiana a la teoría*. Buenos Aires: Editorial Lugar.

Olson, D. H. y Mc Cubbin, H. I. (1989). *Families, What Makes Them Work*. California: Sage.

Romero, R. y Morillo, B. (2002). Adaptación cognitiva en madres de niños con síndrome de Down. *Anales de Psicología*, 18, 169-182.

Vallejo Martínez, J. D. (2001). Duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad. *latreia*, 14(2).



En abierto
Public

Servicios Sociales y Política Social

Socio¿?Sanitario

1/05

Líneas de debate entorno al modelo sanitario y social

Desde el Consejo General del Trabajo Social consideramos que es imprescindible y necesaria la coordinación entre el Sistema Público de Servicios Sociales y el Sistema Público de Salud y por ello se ha creado una comisión profesional de trabajo, compuesta por representantes de los Colegios Oficiales, de la asociación Trabajo Social y Salud y por el propio Consejo General del Trabajo Social para trabajar en la elaboración de un documento marco. Presentamos los cuatro puntos clave para el debate sobre el que se basará dicho documento:

1. La importancia del trabajo social en la coordinación sociosanitaria. El trabajo social tiene el potencial de ser el profesional presente en los dos sectores principalmente implicados en esta coordinación sociosanitaria: Sistema de Servicios Sociales y Sistema Sanitario. Esto nos hace tener una mirada privilegiada y poder defender y potenciar ese papel de enlace entre sistemas tan necesario en estos momentos. Poner en valor la experiencia acumulada en la coordinación sociosanitaria trabajada día a día por los trabajadores sociales. Lo sociosanitario como espacio de coordinación entre dos sistemas que se complementan y se miran en condiciones de igualdad reforzando sus potencialidades en pos de un mejor servicio al ciudadano. No consideramos que hablar de sociosanitario sea hablar de un espacio nuevo, distinto, de la creación de un nuevo sistema que complejice aún más la situación, se trata de crear una coordinación efectiva y centrada en el ciudadano. Es importante que estos planteamientos tengan la mirada conjunta de lo social y lo sanitario y a veces esto no ocurre.
2. Debemos profundizar en el establecimiento de

protocolos, perfiles de riesgo social en los procesos de salud enfermedad, optimización de recursos... Hay que crear programas asistenciales y estructuras formalizadas que lleven a cabo la coordinación sociosanitaria. Todo esto aún es más importante si tenemos en cuenta el desarrollo de la ley de autonomía personal y atención a la dependencia dentro del Sistema de Servicios Sociales, la atención a la dependencia es parte fundamental del Sistema de Servicios Sociales, un paso importante en su consolidación desde la gestión de derechos subjetivos, pero ha hecho aún más necesaria esa relación entre el mundo sanitario y el social. (Es fundamental tener en cuenta que la fuerza del trabajo social como profesión en la coordinación sociosanitaria pasa por la fuerza y papel preponderante del Sistema de Servicios Sociales y los trabajadores sociales de los Servicios Sociales municipales de Atención Social Primaria en dicha coordinación. Es en este sentido como la organización colegial en su conjunto debe defender que el sistema de atención a la dependencia es parte del Sistema de Servicios Sociales, es un derecho subjetivo gestionado desde los SSSS y no desde Sanidad, tampoco es un espacio independiente. Es aquí donde más conflicto hay entre trabajadores sociales sanitarios y de SS.SS, (pero yo creo que nosotros debemos tenerlo claro). Es importante que los SSSS entren en el discurso de lo sociosanitario, (que parece hasta ahora algo propio del mundo sanitario y de los tsociales sanitarios), esto ocurre porque la legislación sanitaria (Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud) si habla de coordinación sociosanitaria, no ocurre así en las legislaciones de SSSS. Importante que

construyamos una propuesta desde los tsociales sanitarios y desde los tsociales de SSSS sobre que pensamos de este asunto. En este sentido creo que el titulo de la mesa (Tsocial sanitario confunde un poco, pero este es un planteamiento de futuro).

Es importante tener en cuenta que la coordinación sociosanitaria debe responder a las necesidades integrales de las personas, para que puedan potenciar su autonomía y participación social. Pero el informe sobre la coordinación sociosanitaria del Consejo Asesor de Sanidad, considera la coordinación sociosanitaria como “un factor estratégico para la sostenibilidad del sistema sanitario, porque permite ahorros al liberar camas hospitalarias de agudos”. Cuidado con esto pues si este es el planteamiento hay un claro predominio del sistema sanitario y así la coordinación nunca será real.

3. Siguiendo con el tema del mundo de lo socio-sanitario siempre surge el concepto de la metodología de Gestión de Casos. La metodología de gestión de casos es la utilizada para llevar a cabo la coordinación sociosanitaria. Es el paradigma sobre el que pivota gran parte de las estrategias sociosanitarias existentes. La Gestión de Casos es una metodología de intervención una forma de organizar los procesos asistenciales. No es una metodología vinculada a una profesion específica, incluso hay modelos de Gestion de Casos que se apoyan en la existencia necesaria de equipos multiprofesionales (desde una perspectiva biopsicosocial de la atención) SEDISA Siglo XXI entre las recomendaciones que hace al Consejo Asesor de Sanidad en el Informe para la Atención y Coordinación Sociosanitaria, habla de la necesidad de establecer los componentes del equipo básico

de gestión de casos, estos serian el médico, la enfermera y el trabajador social. El trabajo social y la Gestion de Casos están intimamente ligados desde los orígenes del trabajo social: acompañamiento, uso simultaneo de servicios e intervecciones, trabajo en red... No podemos olvidar el papel de los tsociales de los SSSS de atención social primaria como profesionales de referencia del sistema, son Gestores de casos en su máxima expresión. Pero en este espacio complejo de la atención a las necesidades sociosanitarias hay perfiles de atención complejos (enfermedad mental crónica, cuidados paliativos, anciano frágil, altas hospitalarias complejas...) en los que el tsocial sanitario desde su especificidad desarrolla esa labor de gestión de casos sociosanitarios de alta complejidad. Nuestra aportación (AETSYS) es que el equipo básico de gestión de casos debe estar compuesto por el médico, la enfermera, el trabajador social del equipo de salud y el trabajador social de SSSS.

Importante diferenciar entre gestión de casos y gestión de cuidados. La gestión de casos está orientada a las necesidades de la persona. La gestión de cuidados está diseñada para evitar o acortar la hospitalización y reducir sus costes. Parece que es esto ultimo lo que plantea el Consejo Asesor en su informe al considerar la coordinación sociosanitaria como una estrategia para ahorrar costes al sistema sanitario.

4. La necesidad de la especialización en trabajo social sanitario, pero planteando la misma desde una mirada amplia es un elemento esencial para poder generar una atención sociosanitaria que de respuesta a procesos asistenciales complejos. Es necesario un apuesta formativa amplia, desde la idea de una formación conti-

Líneas de debate entorno al modelo sanitario y social

nua permanente y un aprendizaje a lo largo de toda la vida profesional. Esta especialización implica apostar por una formación en salud de los trabajadores sociales en el Grado (formación pregrado) con la alianza del mundo universitario, esta formación tiene un elemento esencial que es el desarrollo de las prácticas profesionales, los profesionales, debemos formar a los futuros tsociales desde la práctica y en el ámbito sanitario es una necesidad ineludible que debe continuar desarrollándose. Una formación continua de los profesionales en activo. Todos estos elementos permiten hacer fuerte la propuesta de una especialización posgrado en trabajo social sanitario, ya sea vía sistema de residencia o vía posgrado.

Consejo General del Trabajo Social

Extracto de Asamblea General: aprobación de la declaración de Zaragoza

La preocupación del Consejo General del Trabajo Social sobre este tema viene de lejos. Presentamos extracto del acuerdo de la Asamblea donde se ratificó el siguiente documento:

DIA 09 DE JUNIO DE 2012

SE ACUERDA: Ratificar hoy 9 de junio en Asamblea de los Colegios Oficiales de Trabajo Social la declaración de la Asociación de Trabajo Social y Salud,

DECLARACIÓN DE ZARAGOZA. 12 de Mayo de 2012

LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD ANTE EL NUEVO DECRETO SANITARIO

- Los recientes recortes que se están realizando en aspectos esenciales para el bienestar de las personas (sanidad, educación, servicios sociales...) van a generar mayor vulnerabilidad social, lo que se traducirá inevitablemente en un empeoramiento de la salud general y en una disminución de la calidad de los diferentes Sistemas Públicos.
- La crisis económica ha promovido la adopción de políticas de austeridad que afectan a la provisión pública de los servicios de salud. Los denominados recortes sanitarios pueden generar inequidades e injusticias si no consiguen tratar necesidades iguales de la misma manera.
- Es por ello importante hacer explícitos y públicos los criterios que constituyen las políticas de racionalización y evaluar las consecuencias de las mismas en indicadores de salud.
- La puerta de entrada al copago supone que las familias tendrán que empezar a capitalizar parte de sus ingresos para poder hacer frente a los futuros gastos sanitarios, ya sea través de mutuas o del ahorro. Esto supone la pérdida del derecho al acceso universal a la sanidad pública por parte de la ciudadanía.
- Los colectivos con mayores factores de riesgo sanitario y social ven coartada la accesibilidad y se reduce sustancialmente la cartera de prestaciones básicas. Como ejemplo, quedarán fuera de atención la población joven mayor de 26 años, o las personas con discapacidad menor del 65%, o los inmigrantes. Además las reducciones tendrán repercusión en prestaciones básicas para los enfermos crónicos, como es el seguimiento, el tratamiento, la prevención secundaria, el transporte no urgente, o el material ortoprotésico.
- El hecho de que existan personas que no tengan derecho a la asistencia sanitaria, dificulta la posibilidad de poder detectar y tratar enfermedades infecciosas y que estas puedan aparecer en personas sanas con posibles efectos en la Salud Pública.
- Las condiciones del copago de la medicación para enfermos crónicos pueden generar problemas de acceso o adherencia a sus tratamientos.

Extracto de la Asamblea General extraordinaria del Consejo General del Trabajo Social

- No es lo mismo evitar la duplicidad de pruebas diagnósticas en un mismo paciente que negarle el acceso a esta prueba o dilatarla en el tiempo. Esto puede suponer que la persona llegue mas enferma al sistema y necesite más recursos sanitarios y sociales. Todo ello generaría sufrimiento y malestar evitable.
- Toda esta situación no supondrá un ahorro en el Sistema Sanitario sino que, a medio y largo plazo generará un gasto mucho mayor, porque se eliminan funciones de promoción y prevención y porque se agrava sensiblemente la salud de la ciudadanía. A esto se suma la desaparición de la partida presupuestaria de la Ley de la Dependencia para el 2012, lo que supone dejar sin recursos de cuidados a las personas con dependencia y volver a la invisibilidad y la precariedad en el cuidado así como a la precariedad del trabajo de los cuidadores profesionales, lo que podrá repercutir en el sistema sanitario público.
- Las consecuencias sanitarias de separación entre lo público y lo privado suponen una descapitalización del sector público y la promoción de servicios privados que se centraran en cubrir aquellas patologías más rentables rompiendo el consenso de discriminación positiva para aquellos enfermos con patologías raras y complejas.
- Existen multitud de estudios que demuestran que la salud de la población es mejor en sociedades igualitarias y por lo tanto las políticas sanitarias tendrían que continuar orientándose a corregir estas desigualdades.
- Como Asociación Española de Trabajo Social y Salud manifestamos nuestro rechazo a todas

las medidas referentes a limitar la accesibilidad al Sistema Sanitario Público, así como el abandono de la universalidad de la atención sanitaria por un Sistema de Aseguramiento.

Asociación Española de Trabajo Social y Salud



Nos interesa
On our interest

Servicios Sociales y Política Social

Socio¿?Sanitario

105

El rey Felipe VI recibe al CGTS

Ana Lima acude en representación del Consejo General del Trabajo Social

CGTS

El pasado 24 de junio, el Consejo General del Trabajo Social (CGTS) asistió a la recepción oficial que ofrecieron los Reyes Felipe VI y Letizia Ortiz en el Palacio de la Zarzuela, en que se invitó a representantes de entidades de solidaridad social. Ana Lima acudió en calidad de presidenta del Consejo.

Al acto, acudieron decenas de representantes de entidades como el Cermi, Cáritas, Cruz Roja y, por primera vez, portavoces del colectivo LGTB.



La presidenta del CGTS, Ana Lima, saluda al rey Felipe VI.

Queda desierta la convocatoria 2013 del premio Ana Díaz Perdiguero

CGTS

El Jurado del Premio de Investigación Ana Díaz Perdiguero ha decidido, tras la valoración de los trabajos presentados, declarar desierta la convocatoria 2013. El grupo de expertos considera que ninguna de las tres obras presentadas reúne el nivel de cualificación necesario como investigación específica del Trabajo Social.

Las bases de la convocatoria establecen que los trabajos deben ser originales e innovadores para la profesión; la investigación debe tener utilidad práctica, rigor científico, unos resultados generalizables y una presentación adecuada.

Las tres investigaciones presentadas respondían al planteamiento: “El Sistema Público de Servicios Sociales ¿una inversión en tiempos de crisis?”. El Consejo General del Trabajo Social agradece la colaboración de los colegios profesionales durante todo el proceso de convocatoria del Premio y a las personas que han presentado sus trabajos. Así mismo, anima a seguir mejorando las investigaciones, un hecho que, sin duda, fortalecerá nuestra profesión.

El Consejo promueve una estructura colegial para fomentar la mediación

Se crea una comisión de trabajo para adaptar el trabajo social a la nueva ley

CGTS

Los Colegios Profesionales de trabajo social y el Consejo General acordaron, en mayo de 2014, crear una comisión de trabajo para que la estructura colegial asista a sus profesionales para ejercer la mediación, tras la aprobación de la nueva ley en diciembre de 2013.

La comisión está formada por el Consejo General y 19 colegios: Alicante, Almería, Badajoz, Cáceres, Cádiz, Cantabria, Castilla La Mancha, Cataluña, Consejo Andaluz, Galicia, Jaén, La Rioja, León, Madrid, Málaga, Navarra, Sevilla, Tenerife y Valencia. A su vez, existen cuatro subcomisiones, que elaborarán protocolos e informes que permitan crear un marco de actuación de los colegios y del Consejo en este ámbito:

- Subcomisión de trámites: Colegios profesionales de Jaén, Madrid, Málaga y Navarra.
- Subcomisión de elaboración de listados de mediadores: Colegios profesionales de Badajoz,

Cádiz, Castilla-La Mancha, La Rioja, Madrid, Sevilla y Tenerife.

- Subcomisión de formación: Colegios profesionales de Alicante, Cáceres, Galicia, Jaén, León, Madrid y Málaga.
- Subcomisión de valor social en la mediación: Colegios profesionales de Alicante, Cantabria y Valencia.

El Consejo, como miembro de todas las subcomisiones, coordina las actuaciones de los colegios en materia de mediación, al haberle sido encomendada la tarea por la Asamblea General de Colegios Profesionales de Trabajo Social. En 2013, se aprobó un Real Decreto que estructura el nuevo registro de mediadores del Ministerio de Justicia. Este establece el marco legal para crear un fichero de mediadores e instituciones de mediación. El trabajo social es una de las profesiones que más intervienen en este tipo de procesos y aporta un valor social añadido a la mediación.



Primer encuentro de la comisión intercolegial de trabajo social y mediación

El Consejo General participó en el I Congreso Internacional de Facultades y Escuelas de Trabajo Social celebrado en la Universidad de Murcia

La presidenta, Ana Lima, y la directora de publicaciones, Carmen Verde, expusieron las líneas de trabajo de la organización colegial

CGTS

El Consejo General del Trabajo Social participó, el pasado mes de abril, en el I Congreso Internacional de Facultades y Escuelas de Trabajo Social, que acogió la Universidad de Murcia. La presidenta del Consejo, Ana Lima, y la directora de la revista del CGTS, Servicios Sociales y Política Social, Carmen Verde, tuvieron un papel destacado en varios de los actos programados.

Ana Lima participó en la mesa del acto de apertura del Congreso y en la de clausura, donde insistió en que la teoría y la práctica del trabajo social deben estar unidas. “La praxis necesita ir de la mano de la academia. Esto es lo que simboliza esta mesa”, aseguró. El Consejo fomenta la formación universitaria postgrado de los y las profesionales del trabajo social, al considerarlo vital para el desarrollo de la profesión. Y en este sentido, Ana Lima aplaudió que “los y las profesionales hayan vuelto a la formación y a la investigación”, un hecho que “enriquecerá mucho” al trabajo social “en los próximos diez años”. Lima animó a los jóvenes estudiantes a que investiguen y que se introduzcan en la política para luchar por los valores del trabajo social.

Del mismo modo, destacó los avances que la profesión está dando sobre el terreno. Ya no solo atendiendo a las familias, también denunciando el desmantelamiento del sistema. En este sentido, argumentó que “la reforma de la administración local dinamizará los servicios sociales municipales”. “Necesitamos empoderarnos y empoderar a la sociedad”, insistió. Lima finalizó su intervención recordando que el objetivo del trabajo social “es que las personas tengan una vida que merezca ser digna de ser vivida”.

La presidenta del Consejo también participó en el simposio ‘Libro Blanco de Diseño para todos en la Universidad’, donde impartió la conferencia



Ana Lima en el acto de clausura del Congreso.

“La situación del trabajo social en España, trinchera e incursiones”. También se le encomendó presentar la conferencia del vocal de la Ejecutiva de la FITS Europa, Ian Johnston: ‘Trabajo Social en Europa en tiempos de crisis: Situación actual y retos’.

Asamblea de la Conferencia de Decanos

En el marco del Congreso, el CGTS participó en la Asamblea de la Conferencia de decanos y directores de las escuelas y facultades de Trabajo Social. Entre otras cosas, se acordó la participación del Consejo General en el grupo de trabajo que definirá los estándares de calidad para el Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social.

Del mismo modo, el Consejo firmó un convenio con la Red iberoamericana para la Docencia e Investigación en Derechos de la Infancia (REDIDI), que coordina a nivel internacional Antonia Picornell-Lucas. También se aprovechó para establecer y fortalecer las relaciones del Consejo con profesionales de otros países, como Brasil, México, Colombia y Chile.



Carmen Verde en la reunión de directores de revistas de trabajo social en España.



Carmen Verde y Ana Lima en la presentación del libro 'Hull House: el valor de un centro social'.

Reunión de los directores de revistas de trabajo social en España

Por otra parte, Carmen Verde representó al Consejo en la reunión de directores de las revistas de trabajo social de España, en la que, entre otros, se acordó reforzar el esfuerzo en visibilizar recíprocamente las revistas de trabajo social de España.

El Consejo también aprovechó el espacio cedido por la organización del Congreso para presentar el libro *Hull House: el valor de un centro social*. Se trata de la primera traducción al castellano de dos conferencias de Jane Addams en que explicaba el valor del proyecto social que había emprendido en Chicago. Se trata de dos discursos claves en los cimientos de la disciplina del trabajo social, que han sido editados por el Consejo General del Trabajo Social y Paraninfo.

Uno de los actos más destacados del Congreso fue la investidura como doctor Honoris Causa por la Universidad de Murcia de la socióloga Saskia Sassen, premio príncipe de Asturias de Ciencias Sociales en 2013.

El Consejo acogió del 16 al 18 de mayo la reunión de Delegados de la FITS Europa

La organización reforzó su compromiso unitario contra las políticas de austeridad y defendió las redes públicas de servicios sociales

CGTS

El encuentro supuso un posicionamiento conjunto de los y las trabajadoras sociales de toda Europa en la defensa de los servicios sociales como garantes de la igualdad social. En este sentido, escenificaron, frente a la sede del Consejo General, una concentración de protesta, vestidos con camisetas de la marea naranja. Los y las trabajadoras sociales de Europa aplaudieron que el Consejo se haya sumado y dinamice este tipo de iniciativas ciudadanas.

A una semana de que se celebraran las elecciones al Parlamento Europeo, los máximos representantes de las organizaciones de trabajadores sociales de toda Europa debatieron sobre cómo los recortes presupuestarios han afectado a las políticas sociales de sus países y cómo han agudizado la precariedad de las familias de clase media, al tiempo que propusieron soluciones. Tras una ardua tarea, prolongada en el tiempo, la FITS trabajó la nueva definición de Trabajo Social.



Escenificación de la Marea Naranja.



De izq. a dcha., Fernanda Rodrigues, presidenta de la Asociación de Profesionales de los Servicios Sociales de Portugal, John Brennan, de la Asociación Irlandesa y Ana Lima, del CGTS.

El CGTS acudió al III Congreso de Servicios Sociales de Portugal

Ana Lima defendió la necesidad de que la profesión se movilice en la calle

CGTS

La presidenta del Consejo General del Trabajo Social, Ana I. Lima, fue invitada por la Asociación de Profesionales de los Servicios Sociales de Portugal para explicar en su Congreso la necesidad de movilización del trabajo social, con el ejemplo del movimiento ciudadano de la marea naranja en defensa de los servicios sociales.

Ana I. Lima intervino en el panel “Servicios Sociales en otros países con austeridad”, donde compartió mesa con John Brennan, responsable de Relaciones Internacionales de la Asociación Irlandesa de Trabajo Social.

La Asociación portuguesa de Servicios Sociales, formada por trabajadores y trabajadoras sociales, enfocó su segundo congreso nacional en tratar las consecuencias de la crisis y los recortes sobre la ciudadanía. Bajo el título “Crisis e Injusticia Social: Desafíos para los y las asistentes sociales”, el evento reunió a centenares de profesionales, los 23 y 24 de mayo en Coimbra.

Nace la Alianza Europea del Trabajo Social frente a la crisis

Las organizaciones profesionales de España, Irlanda y Portugal forman el grupo constituyente

CGTS

Las organizaciones profesionales del trabajo social de España, Irlanda y Portugal fundaron en mayo de 2014 la Alianza Europea del trabajo social contra la crisis, en el marco del III Congreso de Servicios Sociales de Portugal. El grupo pretende abrirse al resto de países afectados por las políticas de austeridad.

La presidenta del Consejo General del Trabajo Social, Ana I. Lima, el director general de la Asociación Irlandesa de Trabajo Social, John Brennan, y la Presidenta de la Asociación Profesional de Servicios Sociales de Portugal, Fernanda Rodrigues, fundaron el grupo el pasado 23 de mayo en Coimbra (Portugal).

La Alianza nace con el objetivo de realizar un análisis comparativo de la acción del trabajo social en países que sufren políticas de austeridad y de crear

un marco para el intercambio de buenas prácticas. La organización centrará sus primeros esfuerzos en analizar la situación de riesgo de exclusión social de la infancia, así como en la eficacia de las medidas que se aplican en cada país. Para ello, se tendrán en cuenta indicadores sociales a nivel micro y macro y se incluirá una perspectiva transversal centrada en los derechos humanos.

Los miembros fundadores de la Alianza plantean en un futuro ampliar el análisis a otros ámbitos de intervención como mayores, desempleo y mediación. Al mismo tiempo, se pretende aunar esfuerzos con otros países que también sufren los efectos de las políticas de austeridad.

Ana Lima aboga por la importancia de establecer un marco global de intercambio y trabajo en red para buscar soluciones globales que se puedan aplicar de manera local en cada uno de los países miembros.



Brennan, Rodrigues y Lima en la constitución de la Alianza.

Rory Truell: “La marea naranja se debería propagar inmediatamente por todo el mundo”

Entrevista al secretario general de la FITS

VANESSA PI

Rory Truell (Newly, Irlanda del Norte, 1966) es el secretario general de la Federación Internacional del Trabajo Social (FITS). Hace unos días, participó en la reunión de delegados de la organización en Europa, que tuvo lugar en Madrid. Truell analiza la situación de los servicios sociales y el trabajo social en todo el mundo y defiende la necesidad de que la marea naranja se exporte a otros países.

En un contexto de crisis, ¿cuáles son los retos para los y las trabajadoras sociales de todo el mundo?

Uno de los retos que tenemos es informar a los gobiernos del rol del trabajo social. Los y las trabajadoras sociales jugamos un papel muy importante dando apoyo a las familias y comunidades para que sean capaces de ser productivas y contribuir a la sociedad. Si quitáramos a los y las trabajadoras sociales, las comunidades y las familias no tendrían los sistemas de apoyo que necesitan. Los gobiernos no entienden la relación entre el apoyo social y la productividad económica. Por tanto, la FITS necesita continuar informando a los gobiernos sobre el trabajo crítico que hacemos los trabajadores sociales. En austeridad, las familias hacen frente a los problemas del desempleo y otros problemas sociales. Ahora somos más necesarios que nunca.

¿Cuál es la necesidad de los servicios sociales en el mundo?

En los últimos años, hay una corriente que reclama a nivel internacional el trabajo social comu-

tario. Muchos gobiernos han intentado empujar al trabajo social a un pequeño rincón donde los y las trabajadoras sociales solo nos dedicamos a la protección a la infancia o al trabajo de prevención. Pero los y las trabajadoras sociales hacen mucho más que eso. Ayudan a que las comunidades funcionen, ayudan a las familias a buscar soluciones con otras familias. Existe un fuerte sentimiento en todo el mundo que reclama el desarrollo de un modelo de trabajo social comunitario, porque sabemos trabajar con las comunidades y las comunidades pueden proveer recursos de ellas mismas, así como para los gobiernos. Los y las trabajadoras sociales tienen las herramientas para facilitar que las comunidades y las familias sean autosuficientes.

¿Hay un camino de vuelta? ¿Podremos volver a los niveles de cohesión social e igualdad previos a la crisis?

El problema para España y para el resto de países afectados por la austeridad es que los sistemas que hacen que una economía funcione han sufrido recortados. Las personas más cualificadas están abandonando sus países y los sistemas que dan apoyo a las comunidades para hacer buenas contribuciones a la sociedad están sufriendo recortes. Como trabajador social, mi pregunta es cuánto tardará la economía en recuperarse con todos esos recortes. Y la respuesta es que eso llevará más de una generación. Costará dos o tres generaciones para que se recuperen la economía y la sociedad, y para que las personas recuperen la confianza. Es un fallo enorme que la Unión Europea y las perso-



Rory Truell, secretario general de la FITS, en la sede del CGTS.

nas que evocan la austeridad no entiendan que si sólo se fijan en la situación económica de hoy están dejando de lado la situación económica del mañana.

¿Qué espera obtener de esta reunión?

El trabajo social, a nivel internacional, vive un momento muy excitante, porque los y las trabajadoras sociales de todo el mundo están lanzando los mismos mensajes: no a los recortes, hay que invertir en las personas... Los y las trabajadoras sociales tenemos respuestas, soluciones para los problemas de hoy. Veo esta reunión de delegados como una oportunidad para expresar de nuevo cuáles son las soluciones que damos desde el trabajo social a esta crisis económica.

¿Y qué espera de la conferencia internacional que celebrarán en agosto en Melbourne, Australia?

Una de las cosas más apasionantes de la conferencia mundial es que discutiremos la nueva definición internacional de trabajo social. Esta pone

mucho más el foco en la política y en el desarrollo de las comunidades que la definición actual. Y esta es la prueba de que el trabajo social está evolucionando. Esta nueva definición también explica la teoría del trabajo social mejor que la actual, que ya tiene 10 años. Finalmente, es destacable que cuando realizamos la anterior definición, la FITS tenía unos 60 miembros en todo el mundo. Ahora somos 116, con las nuevas voces de África, Latinoamérica y Asia-Pacífico.

En España, la organización colegial forma parte de la marea naranja. ¿Debería este movimiento ciudadano expandirse a otros países?

En mi trabajo, visito muchos países de todo el mundo, donde hablo con trabajadores sociales. Una de las cosas que les digo es que miren a los trabajadores sociales de España, que miren lo que está pasando con el Consejo General del Trabajo Social. Porque aunque están bajo muchas presiones, ya que los servicios sociales están siendo desmantelados, están en las calles, tienen una campaña, tienen una buena página web y están dando confianza a los y las trabajadoras sociales, para que vuelvan a creer que son importantes. Ese es precisamente el papel que nosotros jugamos como trabajadores sociales: damos confianza a las familias en situación de crisis.

Por tanto, creo que el CGTS es el mejor ejemplo del mundo del trabajo social en acción, saliendo a las calles de forma pacífica, no violenta, con colorido. Yo mantengo que ese es un modelo para cualquier trabajador del mundo. Es una ambición maravillosa. Creo que la marea naranja se debería propagar inmediatamente a Grecia, Portugal, Irlanda e Italia, países en situación de austeridad, y también al resto del mundo

Los retos del Trabajo Social en Europa

La opinión de los representantes de las organizaciones que participaron en la Asamblea de la región europea de la FITS celebrada en Madrid

VANESSA PI

Los representantes de las organizaciones que participaron en la Asamblea de la región europea de la Federación Internacional de Trabajo Social, celebrada el pasado mayo en Madrid, identifican los desafíos de la profesión en sus respectivos países. El resultado es un mosaico que muestra la situación y el desarrollo de los servicios sociales y el trabajo social en Europa:

RUSIA. Evgeniya Pankova

Uno de los principales retos a los que nos enfrentamos es la nueva legislación en bienestar social. Tendremos más capacidad de acción, pero para ello tenemos que trabajar en coordinación con el gobierno para mostrar las necesidades del trabajo social y ver de qué forma podemos obtener financiación.

AUSTRIA. Herbert Pauslischin

La burocracia nos quita el tiempo que necesitamos en nuestro contacto directo con nuestras personas usuarias. Este problema cada vez es mayor: hace 20 años, teníamos el 70% de nuestro tiempo para dedicarlo a las personas y el 30% lo destinábamos a las tareas administrativas. Ahora, la situación es la contraria: nos pasamos el 70% de nuestra jornada laboral rellenando formularios, justificando lo que hacemos. Tenemos que trabajar con las personas.



TURQUIA. Murat Altuggil

Nuestro principal problema son las políticas neoliberales. Las políticas sociales conservadoras olvidan los servicios sociales. Existen nuevas leyes pero se están dejando de lado los principales problemas de nuestro país. Como consecuencia nos encontramos con una carencia de trabajadores y trabajadoras sociales, con lo cual la asistencia social no está lo cualificada que debería.

ARMENIA. Mira Antonyan

Nuestra profesión todavía no se conoce bien. Hemos avanzado, pero queda mucho por hacer. El salario es tan bajo que trabajo social no es una carrera atractiva para estudiar. Pese a todo, ha habido una importante reforma social y el Gobierno ha empezado a reconocer que es necesario tener a

trabajadores sociales en las calles, en lugar de que nos limitemos a estar en los despachos repartiendo ayudas. Es un buen momento y estamos muy motivados para ayudar al gobierno, como asociación, a que sitúe a los y las trabajadoras sociales donde deben estar.

PORTUGAL. Fernanda Rodrigues

Sufrimos una falta de recursos, no solo financieros sino humanos. Los servicios sociales están a la espera de abrir más centros, aunque muy básicos.

IRLANDA. John Brennan

Tenemos que conseguir recuperar todos esos recursos de que disponíamos y que se han recortado con la excusa de la crisis.

GEORGIA. Salome Namicheishvili

Desafortunadamente, los y las trabajadoras sociales no podemos trabajar con todos los grupos que necesitan de nuestra ayuda. Ese es nuestro verdadero desafío, dar cobertura a todos los grupos vulnerables.

ALEMANIA. Katharina Angermeier

Debemos combatir la desigualdad social, porque la brecha entre ricos y pobres está aumentando, aunque afortunadamente la crisis no ha afectado demasiado a Alemania. La reforma del sistema social ya está haciendo mella desde antes de la crisis y muchas personas no están recibiendo el apoyo que necesitan. Por ello, se ven obligados a conseguir un trabajo con muy malas condiciones o muy mal remunerado.

NORUEGA. Mimmi Kvisvik

Nuestro mayor reto es mejorar las redes de trabajo con otros profesionales con los que interactuamos, como las enfermeras y los médicos.

REINO UNIDO. Charlotte Alder

Nos enfrentamos a los recortes del Gobierno, proveedor de los servicios sociales y principal empleador de trabajadores y trabajadoras sociales. Además, debemos defender el mantenimiento de los servicios para el bienestar ciudadano. También tenemos que ganar más visibilidad en los medios de comunicación, de forma que se reconozca nuestra importancia y nuestro trabajo.

DINAMARCA. Trine Quist

Dependemos demasiado de qué partido gobierne. Ahora tenemos un gobierno socialdemócrata y son dialogantes con los y las trabajadoras sociales, por lo que tenemos mucha influencia. Pero en las próximas elecciones, el Gobierno puede cambiar y ser conservador. Nuestra situación cambiaría radicalmente, ya que se cortaría esta buena comunicación y además, aplicarían recortes. Esto significaría además que muchos y muchas trabajadoras sociales perderían su empleo.

FINLANDIA. Paivi Makinen

Este año está cambiando la estructura de los servicios sociales y de la legislación social. Se están uniendo el sector sanitario y el social, como partes iguales, lo cual necesita mucho trabajo, pero creo que saldremos exitosos. Además, debemos reciclarlos y volver a estudiar, ya que en estos cambios estructurales tenemos 17 nuevas leyes que conforman el espacio en el que actuamos los y las trabajadoras sociales. El tercer reto es mejorar las condiciones de trabajo: a cuántas personas atendemos, cuántas horas trabajamos, estamos seguros en el trabajo?

CROACIA. Tatjana Katkic Stanic

Debemos conseguir participar más en las decisiones que afectan a las políticas sociales. Estamos trabajando duro para cambiar las cosas porque el trabajo social va a desaparecer del sistema sani- ►

tario y educativo. Y entre todo esto, en nuestro día a día nos enfrentamos a un alto desempleo y muchas personas sin hogar. Luchamos por la justicia social.

SUECIA. Josefine Johansson

Han cambiado el sistema y cada vez hay más gente que se encuentra desprotegida. Hay gente que antes encontraba apoyo en otros sistemas y no necesitaba acudir a los servicios sociales, por tanto la demanda ha aumentado muchísimo. Al final este peso recae sobre los trabajadores sociales, en todos nuestros ámbitos de actuación.

ESPAÑA. Ana I. Lima

Tenemos el reto de dar visibilidad a la profesión y con ello los principios y valores de la misma para construir una sociedad en que todas la personas sientan que viven una vida que merece la pena ser vivida. Es importante el preservar la identidad profesional que se ha construido desde las estructuras profesionales durante décadas. Finalmente, considero que los y las trabajadoras sociales debemos participar activamente en los movimientos sociales para transformar la estructura social.

ISRAEL. Tzafra Dueck

Desafortunadamente, tenemos muchos problemas: la población es cada vez más pobre, aumenta la tasa de desempleo e incluso quienes tienen trabajo no pueden sobrevivir. Tenemos muchos nuevos pobres y el dinero destinado a los servicios sociales públicos es insuficiente para una vida digna. Además, nos encontramos con muchos ataques a trabajadores y trabajadoras sociales, porque no se acepta nuestro rol en la protección de menores, por ejemplo. Soñamos con cambiar el mundo y con ayudar a la gente que lo necesita. Queremos hacer nuestro trabajo con la ética que es necesaria. Estamos instando al gobierno a introducir cambios, con recomendaciones.

El Consejo General participó en la asamblea anual de socios de la Red Española del Pacto Mundial

La organización celebra en 2014 su décimo aniversario

CGTS

La organización de los actos de celebración del décimo aniversario y la aprobación de cuentas y presupuestos, centraron ayer la celebración de la asamblea anual de la Red Española del Pacto Mundial en el auditorio del Instituto de Crédito Oficial (ICO).

En el acto se presentaron las acciones llevadas a cabo por la Red durante los últimos doce meses y el impacto de los diferentes programas desarrollados por la Asociación, donde destaca el éxito del programa de Principios de Agricultura Sostenible, Sistema de Gestión de Integridad y Transparencia para Pymes y la iniciativa en el área de comunicación Compactlink.

La Presidenta del CGTS, Ana Lima, recibió el premio de la FITS a la trayectoria profesional y dedicación al Trabajo Social

Ana I. Lima recibió el galardón de manos del Secretario General de la FITS, Rory Truell, en la Asamblea General de la organización

CGTS

El secretario general, Rory Truell, y el presidente de la FITS, Gary Bailey, destacaron la implicación y liderazgo de la presidenta del Consejo General contra los recortes sociales y su activa labor en los movimientos sociales.

Con la presidenta del CGTS, han recibido el premio la Asociación Palestina del Trabajo Social, por su trabajo en la profesionalización del trabajo social en los países de lengua árabe, y P. Nester, director de la Asociación de Servicios Sociales en Filipinas, por su trabajo durante la catástrofe provocada un tifón en su país.



De izq. a derecha, Rory Truell, Carmen Verde, Gary Bailey, Ana Lima y David Jones, tras la entrega del premio.

Los colegios y el Consejo forman un grupo de trabajo para elaborar propuestas a la coordinación sociosanitaria que prepara el Imserso

El CGTS exige colaborar en la elaboración del nuevo modelo

CGTS

Los colegios y el Consejo General han creado un grupo de trabajo para elaborar propuestas al nuevo plan de coordinación sociosanitaria que elabora el Imserso. El pasado mes de mayo, el Consejo y los colegios participaron en una jornada informativa en el Imserso, para conocer de primera mano las intenciones del Gobierno. Pocos detalles trascendieron y la organización colegial reclamó un mayor protagonismo en el proceso.

Esta era una de las peticiones que había trasladado, en marzo, la presidenta del CGTS, Ana Lima, al director general del Imserso, César Antón, en la primera reunión entre ambos desde que este llegó al cargo en 2012.

Lima también insistió en la necesidad de crear un consejo asesor en materia de servicios sociales en el seno del Ministerio de Servicios Sociales, Sanidad e Igualdad. El director general confesó cierta dificultad porque las competencias en esta materia las tienen las comunidades autónomas. Aun así, se comprometió a estudiarlo y propiciarlo. Mientras este grupo no exista, el Consejo solicitó formar parte del consejo asesor que sí existe y que está integrado por diversos agentes de la sociedad civil, como el tercer sector.

Está pendiente coorganizar con el Imserso una jornada abierta para abordar el modelo sociosanitario desde la perspectiva del trabajo social. Finalmente, el Consejo acordó con el Imserso celebrar otra jornada donde estén representadas todas las profesiones, entidades etc, involucradas en el modelo sociosanitario.

El CGTS viajó a Australia para participar en la Conferencia Mundial Conjunta sobre Trabajo Social, Educación y Desarrollo Social

También se asistió a la Asamblea General de la FITS y la Asamblea General del CIBS

LOLA CASAL

La presidenta del Consejo General del Trabajo Social (CGTS), Ana Lima, y la vocal y directora de publicaciones, Carmen Verde, viajaron el pasado mes de julio a Melbourne (Australia) para participar en la Conferencia Mundial Conjunta sobre Trabajo Social, Educación y Desarrollo Social. Melbourne también acogió la Asamblea General de la FITS y la Asamblea General del CIBS.



Inauguración de la Conferencia Mundial.

Conferencia Mundial

El CGTS presentó el poster “Trabajo social y participación en movimientos sociales: la ética de la esperanza” en la Conferencia Mundial. El poster del CGTS se centró en analizar la contribución que los y las trabajadoras sociales deben realizar para asegurar un nuevo orden mundial equitativo y sostenible tanto a nivel internacional como nacional. El poster recogió el lema del XII Congreso Estatal del Trabajo Social “Sabemos, Queremos, Podemos” e incidió en la necesidad de identificar los retos que se plantean en esta situación de cambio social, buscar soluciones innovadoras que impliquen una evolución hacia las nuevas necesidades sociales y establecer alianzas, trabajando en red con la participación de la ciu-

dadanía, las instituciones, otros profesionales, etc. y desde la perspectiva de la internalización como respuesta global. Durante la Conferencia Mundial Conjunta, también se presentó la propuesta de definición global del trabajo social. El CGTS se comprometió a traducir la propuesta de definición a las diferentes lenguas del territorio español.

Por su parte, la recién nombrada presidenta de la Federación Internacional de Trabajadores y Trabajadoras Sociales, Ruth Stark, destacó la labor del Consejo General del Trabajo Social (CGTS) y de la Marea Naranja en Defensa del Sistema Público de Servicios Sociales como “ejemplo de buena práctica y de inspiración para los y las trabajadoras sociales de todo el mundo”, en su discurso de clausura de la Conferencia Mundial Conjunta sobre Trabajo Social. La iniciativa se recogió en el Primer Informe 2014 de la Agenda Global para el Trabajo Social y el Desarrollo Social.

Red de Trabajo Social y servicios sociales Iberoamericana

Por otra parte, el Consejo constituyó la Red de Trabajo Social/Servicio Social Iberoamericana, junto con Brasil, Argentina y Uruguay. Esta Red nace con el objetivo de crear un espacio que permita fortalecer relaciones y compartir experiencias, intercambiar información sobre buenas prácticas, divulgar investigaciones y publicaciones y desarrollar proyectos conjuntos.

Los miembros fundadores de la Red han sido el CGTS representado por su presidenta, Ana I. Lima; la Federación Argentina de Asociaciones Profesio-



Miembros de la Red Iberoamericana de Trabajo Social/Servicio Social.

nales de Servicios Sociales, y su presidenta, Silvana Martínez; el Conselho Federal de Serviço Social de Brasil, representado por su conselheira Esther Luiza de Souza Lemos y la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay, representada por su presidente, Rodolfo Martínez. También asistieron al encuentro y manifestaron su interés en formar parte de la Red representantes de las organizaciones profesionales de trabajo social de Uruguay, Guatemala, Chile, Portugal, República Dominicana, España, México y Perú.

Asamblea General de la FITS

Durante la Asamblea General, el CGTS presentó un informe sobre Homosexualidad y Trabajo Social centrado en el trabajo realizado desde servicios sociales y asociaciones en España durante los últimos 25 años. La Asamblea General de la FITS adoptó como herramienta de trabajo con el colectivo de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales el libro editado en su día por el Consejo "Homosexualidad y Trabajo Social - Herramientas para la reflexión e intervención profesional", de Ángel Luis Maroto.

Esta propuesta se suma al proyecto presentado por los miembros de la Región de Norte América para promover que la Federación Internacional elabore un manifiesto que denuncie el acoso y discriminación por cuestión de género e identidad sexual.

El CGTS, como miembro de pleno derecho a voto de la FITS, participó en el proceso de elección de la nueva Junta de Gobierno, discutió sobre la propuesta de nueva definición del Trabajo Social y votó la incorporación de Rumanía, Nueva Zelanda, Egipto, Granada y México como nuevos miembros de la federación.

Asamblea General del CIBS

El Consejo también participó en la Asamblea General del Consejo Internacional de Bienestar Social (CIBS). Como miembro de voto delegado del Consejo Español de Bienestar Social, el CGTS se reunió con miembros de países escandinavos para sentar las bases de colaboración en estudios sobre el impacto de la crisis en los diferentes sistemas sociales de bienestar social.

Durante su estancia en Melbourne, el Consejo General del Trabajo Social distribuyó dípticos informativos sobre las revistas que forman el bloque de revistas de trabajo social de España, tal y como se acordó en la reunión mantenida en Murcia el 24 de abril de 2014. Tuvieron una especial acogida en el stand de publicaciones de la FITS y entre las organizaciones de Iberoamérica. El CGTS desea que estos esfuerzos a nivel internacional den sus frutos y la producción científica del trabajo social en España se visibilice en todo el mundo.



Votación en la Asamblea de la FITS.



Reseñas

Reviews

Servicios Sociales y Política Social

Socio¿?Sanitario

105

LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA

Elena Roldán García, Teresa García Giráldez y Luis Nogués Sáez (2013).

Madrid: Editorial Síntesis.

ISBN 978-84-995880-9-4.

362 páginas.

Cuando apareció este libro y vi quienes lo habían escrito: Teresa García Giráldez, Luis Nogués y Elena Roldán, lo primero que me vino a la cabeza fue el estribillo de la canción que ha popularizado el Gran Wyomin: resistiré. Una investigación y publicación de un libro que hable y defienda hoy en día nuestro Sistema Público de Servicios Sociales es, sobre todo, un texto valiente. Nuestro sistema de protección social aparece hoy en un contexto de recortes, cada vez más desprotegido y por ende, desprotector, que, como siempre, comienza por la base y no por las cúpulas o élites de esta España, hoy también dividida emocional y fiscalmente.

En texto consigue una valiosa actualización del estado de la cuestión: Los Servicios Sociales en España en un contexto de crisis, no solo económico-financiera sino también de valores. Por eso este libro que tienen en sus manos, con semblante de manual imprescindible, organiza y estructura en trece capítulos la defensa crítica del llamado cuarto pilar del Estado de Bienestar, hoy en crisis permanente.

Concretando su contenido, el texto se dibuja en sus cinco primeros capítulos, más generales que definen en primer lugar los Servicios Sociales en el marco del Estado de bienestar, su definición y normativización respecto a los derechos sociales y añade unas propuestas de reestructuración ante la crisis del Estado de bienestar y el fenómeno de la globalización, planteando, entre otras una apuesta por alternativas que defiendan lo local y los “microprocesos sociales” (p.42). El capítulo segundo hace un repaso de la evolución de los Servicios



Sociales en España, una referencia clara a las interrelaciones entre trabajo social y servicios sociales y sus diversas perspectivas y etapas, siempre con la defensa de una red pública y universal. En el tercer capítulo: Políticas públicas de Servicios Sociales de las Administraciones general, autonómica y local, actualiza, a partir de la descentralización un análisis competencial desde la Constitución de 1975, las leyes autonómicas de primera y segunda generación, las diversas Rentas Mínimas de Inserción y el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia y de sus desarrollo en las comunidades autónomas, compartiendo responsabilidades con el Estado. El texto continúa con un repaso de las políticas locales, partiendo de la Ley 7/85, Reguladora de las Bases del Régimen Local, evidenciando las

dificultades en los procesos de coordinación entre los diferentes niveles administrativos y una descentralización insuficiente. Para concluir este capítulo, con interesantes reflexiones críticas en torno a Fortalezas y debilidades del sistema de Servicios Sociales, de las que destacamos los que los autores dicen aludiendo a que “no se ha conseguido crear un verdadero sistema estatal, universal y equitativo y con la suficiente autonomía financiera como para proporcionar una cobertura real y reconocer derechos subjetivos”(...) (p.94).

En el cuarto capítulo, los autores profundizan en los derechos sociales en la Constitución española y en las leyes de Servicios Sociales, realizando una comparativa entre las leyes de primera y segunda generación, mostrando una preocupación por las dificultades en el proceso de consolidación del sistema público de servicios sociales ante la actual política de recortes.

Del siguiente capítulo, los Servicios Sociales frente a la pobreza y exclusión, resaltaría el esfuerzo y claridad en la delimitación de qué sea pobreza y exclusión social y sus consecuencias devastadoras para un sistema democrático y para los procesos de participación ciudadana. Trata en profundidad los diversos sistemas de Rentas Mínimas de Inserción de las diferentes comunidades autónomas, analizando el gasto anual por beneficiarios y denunciado un evidente retroceso y empeoramiento de las condiciones de las personas con derecho a la percepción de estas ayudas, así como el incremento de las diferencias entre comunidades autónomas y, en definitiva, la pérdida real de derechos sociales.

Los siguientes capítulos muestran un interesante, actual y sistemático panorama de diferentes ámbitos de intervención social desde los Servicios Sociales (perspectiva de género, infancia y juventud,

situaciones de dependencia, el espacio sociosanitario y minorías étnicas), desde su conceptualización, planificación, normativa y políticas desde las administraciones.

El capítulo décimo primero está íntegramente dedicado a esclarecer los aspectos financieros y presupuestarios de los Servicios Sociales en los diferentes niveles de la Administración.

El capítulo siguiente, el undécimo, trata con especial atención al sector no lucrativo o de iniciativa social desde diferentes ópticas o aproximaciones teóricas, tratando de clarificar términos que están en el debate actual como son economía social o tercer sector, finalizando con una valoración crítica de sobre el impacto de la crisis en el tercer sector.

El último capítulo está dedicado a la acción voluntaria y sus formas: su definición; regulación y sus relaciones con el tercer sector, valorándolas como formas de participación civil, comprometida y solidaria.

En definitiva, se trata de un texto escrito con claridad, no sólo de estilo sino ideológica, respecto a la defensa de un sistema de Servicios Sociales que necesita replanteamientos, pero no recortes, que requiere crítica y autocríticas y no sólo afianzamiento sino medios financieros y presupuestarios y medidas políticas concretas para su organización territorial. Un texto que esclarece el estado actual y vulnerable de los Servicios Sociales y de su necesaria cooperación con el tercer sector y con acciones voluntarias más cercanas al concepto de ciudadanía que al de voluntad compasiva. Un texto que además sugiere pistas para continuar avanzando en la consolidación del cuarto pilar del Estado de Bienestar: los Servicios Sociales.

Miren Edurne Ariño Altuna. Universidad País Vasco.

realizar pequeñas representaciones teatrales *entre paradas* de los autobuses urbanos de la ciudad de Ourense. Las escenas seleccionadas para interpretar forman parte de obras de autores fundamentales de la literatura gallega (en concreto Castelao, Otero Pedraio y Vicente Risco), todos ellos pertenecientes a la Xeración Nós⁴. Es la conjunción de todos estos factores la que da nombre al proyecto.

Para declamar y actuar se optó por escoger a dieciséis personas de entre diferentes asociaciones y entidades de gran trayectoria y que desarrollan intervenciones y/o actividades en la provincia de Ourense con diferentes colectivos (personas con diversidad funcional, personas mayores, personas víctimas de accidentes de tráfico, personas con enfermedad mental, personas inmigrantes, personas menores con medidas judiciales, personas víctimas de violencia de género, etc.).

La dirección de todo este elenco (en su esfera teatral) corre a cargo de Elena Seijo⁵, actriz cofundadora del grupo *Sarabela Teatro* y una figura fundamental, dentro del filme, y que quisiera destacar. Su excelente manejo de los tiempos, de los personajes, de las emociones, de los hándicaps, de las historias (...) consigue perfectamente guiar al grupo hacia su objetivo final, potenciando de forma significativa las cualidades de cada una de las personas que lo conforman.

Entre los objetivos pretendidos estaban el *visibilizar* las barreras existentes en la sociedad actual, tanto urbanísticas como de comunicación y sociales, que dificultan la inclusión de las personas en situación de dependencia o con discapacidad. Sin embargo, en oposición a todas estas dificultades, la visión del documental es tremendamente optimista dando valor a los logros alcanzados por los participantes para mejorar su grado de autonomía.

El documental fija su mirada en las historias de vida de dos de los improvisados actores: Jose, con parálisis cerebral, y Felisa, inmigrante guineana afectada de glaucoma. Es de agradecer que ambos compartan, a lo largo del documental, momentos íntimos de su vida personal que, sin duda, nos ayudan a comprender mejor la realidad cotidiana en la que viven. Obtener el permiso de conducción o hacer escalada en un rocódromo son metas alcanzables si se tiene ilusión y perseverancia en ello.

La película va acompañada de un pequeño manual de texto que recoge un documento similar a una Unidad didáctica, con objetivos, orientaciones metodológicas y una propuesta de actividades a desarrollar (tanto para educación formal como no formal). Sin duda es uno de los contenidos más interesantes del proyecto. Posibilitó que, junto al visionado de la película, en diferentes centros docentes se llevasen a cabo actividades encaminadas, entre otros fines, a sensibilizar sobre la importancia de una convivencia en la que se primen valores como la tolerancia, el respeto, la solidaridad, la amistad y la superación personal.

La calidad del proyecto, y más en concreto del documental, ha supuesto una muy buena acogida tanto del público como de la crítica especializada.

notas

¹ Más información disponible en <https://www.entrepardas-ourense.blogspot.com.es>. Recuperado el 01.07.14.

² Más información disponible en <http://www.chouza.eu>. Recuperado el 01.07.14.

³ Traducción al castellano: *Entre paradas, viaja con nosotros*

⁴ Más información disponible en http://www.aelg.org/resources/centrodoc/members/paratexts/pdfs/autor314/PT_paratext2984.pdf. Recuperado el 01.07.14.

⁵ Más información disponible en <http://curriculos.sarabela-teatro.com/2007/09/elena.html>. Recuperado el 01.07.14.

Ejemplo de ello son los numerosos galardones y reconocimientos cosechados, a destacar el premio a la mejor película del *VI Festival sobre Cine y Discapacidad de Collado Villalba* 2013 promovido por la Fundación Anade⁶.

Considero que el material que vengo de exponer es un magnífico material audiovisual con gran potencial para desarrollar tareas desde el trabajo social. Puede utilizarse con fines meramente divulgativos, pero también como apoyo en nuestras intervenciones de tipo grupal. Del mismo modo, para todos los profesionales que desarrollen su actividad en el sector docente, es una herramienta válida y con gran potencialidad didáctica.

*Rubén González Rodríguez.
Universidad Santiago de Compostela (USC).
Xunta de Galicia.*

⁶ Más información disponible en www.fundacionanade.org.

FILOSOFÍA ZOMBI**Jorge Fernández Gonzalo****Edita: Anagrama 2011****Páginas: 224****ISBN: 978-84-339-6325-3**

Este libro fue finalista del premio Anagrama 2011 y a pesar de que han transcurrido tres años desde su publicación no ha perdido ni un ápice de actualidad. Basta ver el aumento de la fascinación que la figura del zombi despierta en la sociedad para darse cuenta de que la metáfora que nos plantea el libro tiene más vigencia que nunca. En este ensayo el zombi es un concepto, un símbolo de nuestro ego despojado de humanidad, para entender lo que no rodea: la decadencia de la sociedad en que vivimos, las desigualdades que provoca el sistema, el lenguaje que utiliza el capitalismo para atraparnos en esta conciencia hipnótica en que nos encontramos. Coincide con el pensamiento de Giovanni Sartori en que hemos pasado de ser *homo sapiens* a ser *homo videns*¹. Hemos dejado de pensar para ver sujetos pasivos, zombis inertes ante la información que nos lanzan los medios de comunicación en la actual sociedad del capitalismo globalizado. La economía de mercado reduce al individuo en un mero consumidor. Lo hace a través del lenguaje de la moda y de las marcas, mediante mensajes publicitarios engañosos. Esta es la mordedura que nos transforma como bien dice el autor: *somos zombis a disposición del hambre consumista justamente porque, como buenos zombis, no sabemos lo que somos*.

En esta obra el lector puede encontrar muchos puntos candentes: la importancia del lenguaje y de los efectos discursivos del poder como en la obra de Foucault: *Las palabras y las cosas*. Un análisis de la filmografía, en especial la obra de George A. Romero, y de lo que el autor denomina Literatura Z: bibliografía y comics de temática zombi, con referencias



a la obra de Borges o de Garcilaso. La crítica a la dependencia del hombre con su propia tecnología, el deambular de la manada que se muestra en los comics de Walking Dead a través de la mass media y las redes sociales. Esta es en definitiva, una obra que no pasa desapercibida al igual que su autor.

Jorge Fernández Gonzalo según la revista el cultural² es, aparte de seguidor incondicional de Slavoj Žižek y por consiguiente heredero del pensamiento de Jacques Lacan, uno de *“los nuevos y pujantes pensadores españoles”*. Sin embargo, este joven autor es mucho más: doctor en Filología Hispánica por la Universidad Complutense, investigador y poeta.

Óscar Cebolla Bueno

notas

¹ Homo Videns. La sociedad Teledirigida. Giovanni Sartori (Taurus 1998).

² EL cultural- <http://www.elcultural.es/revista/letras/Que-piensen-los-nuevos-filosofos-espanoles/29967>. Recuperado el 23.08.14

EL ÚLTIMO EUROPEO. IMPERIALISMO, XENOFOBIA Y DERECHA RADICAL EN LA UNIÓN EUROPEA

Ángel Ferrero, Roger Ruso, József Böröcz, Corina Tulbure

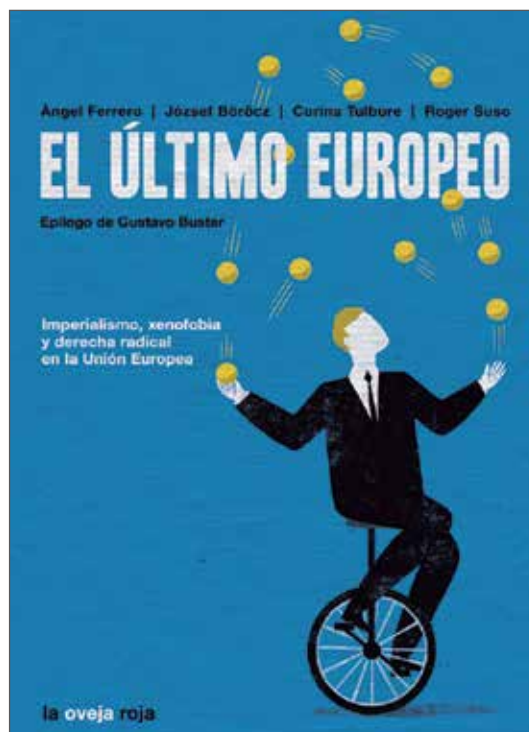
Edita: La Oveja Roja, 2014

Páginas: 272

ISBN: 978-84-940011-8-5

¿Qué estado miembro de la UE pudo imaginar que esta construcción de una unión de estados europeos se volvería su propia jaula? Que en vez de dar una solución a guerras, fronteras y desigualdades, la Unión Europea iba a externalizar los conflictos, blindar sus fronteras y acrecentar la desigualdad entre sus estados miembros. El sueño se convirtió en pesadilla. Por un lado las encuestas muestran que los habitantes europeos desconfían de las instituciones comunitarias, meros instrumentos al alcance de las manos del capital transfronterizo. La extrema derecha avanza en las elecciones de los países más afectados por la crisis, mientras aumenta el racismo y la tensión entre centro y periferia se agrava. En diferentes Estados, analistas políticos y economistas especulan con la ruptura de la eurozona, la salida del euro e incluso de la UE. Pero por otra parte, la UE ha añadido 16 nuevos estados, más de 2 millones de kilómetros cuadrados y 124 millones de nuevos habitantes. ¿Estaba la pesadilla presente en el mismo origen del proyecto europeo? ¿Ha sido secuestrado el sueño europeo por meros intereses económicos? ¿Existe un ciudadano europeo? Este libro no quiere dar respuestas, sino que intenta poner diagnósticos al enfermo europeo. Tal vez, la cura se inicie cuando los ciudadanos europeos pongan el correcto diagnóstico al enfermo UE.

En la elaboración de este libro han colaborado varios autores de diferentes países y formaciones otorgando al texto una visión multidisciplinar que engloba el análisis en clave geopolítica de la tra-



yectoria de la Unión Europea y su estrategia constituyente. Desde la década de los 90, la estrategia expansionista de la UE hacia los estados de Europa del Este se ha llevado a cabo en función de intereses puramente económicos, a la vez que se vendía a los «nuevos europeos» la fachada de una comunidad europea del bienestar. La pesadilla y el sueño europeo han ido de la mano en los últimos veinte años de expansión de la UE, diseñada en función de los intereses del capital. Precisamente por esta razón, al contrario de lo que se defendía,

sus políticas migratorias y de circulación interna de ciudadanos se han ido endureciendo y la extrema derecha ha ido tomando un alarmante auge en diferentes estados. Este libro no ofrece panegíricos sobre los «valores europeos». Lo que pretende es diseccionar el comportamiento de la Unión, su esencia y jerarquía de intereses, preguntarse si es posible reformar el presente bloque geopolítico o si la UE está definitivamente condenada a la pesadilla.

Alfonso Serrano

NORMAS DE PUBLICACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL

CALL FOR PAPERS

Servicios sociales y Política social, con ISSN 1130-7633, es una publicación del Consejo General del Trabajo social, editada ininterrumpidamente desde el año 1984 y con periodicidad cuatrimestral desde el año 2013. Se edita en versión impresa y en versión electrónica.

Servicios sociales y Política social está dirigida a los profesionales del Trabajo social y de la intervención social, así como a investigadores y expertos del ámbito político, jurídico, económico y social cuyo interés se centre en el Trabajo social, los Servicios sociales, la Política social y la Intervención social. La revista tiene por objeto principal contribuir a la sistematización de la práctica profesional de los trabajadores sociales así como a la difusión de aportaciones científicas, reflexiones y noticias de interés sobre el Trabajo social, los Servicios sociales, la Política social y la Intervención social que se realicen en España y en el ámbito internacional, desde una mirada multidisciplinar, y con el objeto de incrementar el conocimiento científico en las Ciencias jurídico-sociales.

Servicios sociales y Política social es una revista arbitrada que usa el sistema de revisión externa realizado por, al menos, dos evaluadores expertos de forma confidencial y anónima (peer-review). Del proceso de revisión resultará la aceptación, rechazo o propuesta de revisión del original.

La revista acepta para su publicación artículos de carácter científico originales e inéditos, en español e inglés, resultado de:

- 1) revisiones analíticas, críticas y teóricas sobre el Trabajo social, los Servicios sociales, la Política social y la Intervención social
- 2) sistematizaciones de la práctica profesional del Trabajo social y la intervención social
- 3) experiencias profesionales innovadoras y buenas prácticas por parte de profesionales de lo social

4) resúmenes de investigaciones específicas de Ti-tulados en Trabajo social (Tesis, Trabajos de Fin de Máster, etc.)

5) reseñas bibliográficas de publicaciones recientes

6) noticias de interés para los lectores a los que se dirige la revista: Blogs relevantes, nuevos materiales didácticos, audiovisuales de carácter social, etc.

Estas aportaciones serán publicadas en las diferentes Secciones de la revista:

1. Artículos / Articles

2. En abierto / Public

3. Nos interesa... / On our interest...

4. Reseñas / Reviews

Los originales propuestos para su publicación tendrán una extensión máxima de 25 páginas, tamaño DIN-A4, escritas en formato Word, a doble espacio, letra Times New Roman, cuerpo 12, y todos los márgenes a 3 cm. Podrán acompañarse, en archivo aparte, un máximo de 10 figuras (tablas, gráficos e imágenes/fotos), correctamente identificadas (nº, título expresivo, fuente) indicando en qué lugar del texto deben ser insertados.

Los originales tendrán la siguiente estructura: Título del artículo, resumen (máximo 10 líneas), palabras clave (3-6), Abstract y Keywords en inglés. Le seguirán una Introducción, el desarrollo/cuerpo del trabajo, los resultados y/o conclusiones, agradecimientos (si es el caso) y la Bibliografía.

Las reseñas y otras noticias de interés tendrán una extensión máxima de 5 páginas, tamaño DIN-A4, escritas en formato Word, a doble espacio, letra Ti-

mes New Roman, cuerpo 12 y todos los márgenes a 3 cm. Podrán acompañarse en archivo aparte, de un máximo de 1 figura (tabla, gráfico o imagen/foto) correctamente identificada (nº, título expresivo, fuente) indicando en qué lugar del texto deben ser insertada. Las reseñas, en todo caso, deberán incluir el título de la obra a comentar, el nombre completo de los autores, la editorial, el ISBN, el lugar y año de edición y el nº de páginas.

Servicios sociales y Política social utiliza las normas de publicación establecidas por la APA (American Psychological Association) de las cuales se ofrecen algunos ejemplos:

a. Libro/ monografía de un autor.

Autor (primer apellido – sólo la primera letra en mayúscula-, coma, inicial/es del nombre - mayúscula - y punto). Año de publicación (entre paréntesis) y punto. Título completo (en cursiva) y punto. Ciudad de publicación, dos puntos y editorial.

Santos, J. (2012). *El Cuarto Pilar. Un nuevo relato para los servicios sociales*. Madrid: Paraninfo y Consejo General del Trabajo social.

b. Libro/monografía de varios autores:

Se cita de la misma manera que el anterior poniendo coma después de cada nombre de autor y antes del último una 'y'.

Escartín, M^aJ., Palomar, M. y Suárez, E. (1997), *Introducción al trabajo Social II. Trabajo social con individuos y familias*. Alicante: Amalgama.

c. Si el autor es una Institución u Organismo:

Se cita de la siguiente forma, y si es el autor-Institución u Organismo es quien publica, después de la ciudad se pone Autor.

Consejo General del trabajo social (2012). *Código deontológico de Trabajo social*. Madrid: Autor

d. Libros traducidos:

La cita seguirá el mismo orden, añadiendo al final de la referencia y entre paréntesis (Orig.) y la fecha de la edición original, o poniendo la cita original, y añadiendo al final (Trad. Cast.), título traducido, ciudad, editorial y fecha de traducción.

Richmond, M.E. (2005). *Diagnóstico social*. Madrid: S.XXI y Consejo General del trabajo social (Orig. 1917).

e. Cuando sea necesario poner el Año de Edición, o el Volumen de la obra (si consta de varios), se coloca después del título del libro entre paréntesis:

Richmond, M.E. (2008). *Diagnóstico social* (2ª Ed.). Madrid: S.XXI y Consejo General del trabajo social (Orig. 1917).

f. Capítulo de libro/monografía o compilación:

Autores y año (en la forma indicada anteriormente); título del capítulo y punto. Se añade 'En' continuando con el nombre del autor o autores del libro (inicial/les del nombre, punto, apellido); (Ed/s.), o (Dir/s.), o (Comp/s.). Título del libro (en cursiva) seguido de páginas que ocupa el capítulo (entre paréntesis) y punto. Ciudad de publicación, dos puntos y editorial.

De la Red, N. y Cruz F. (2003). Intervención social en el medio rural. En N. de la Red y D.Rueda (Eds.). *Intervención social y demandas emergentes* (pp.17-65). Madrid: Editorial CCS.

g. Artículo en publicación periódica:

Autor/es (primer apellido – sólo la primera letra en mayúscula-, coma, inicial/es del nombre - mayúscu-

la - y punto). Año de publicación (entre paréntesis) y punto. Título del artículo y punto. Nombre de la revista completo (en cursiva) y punto. Volumen si existe (en cursiva) pegado -sin espacio en blanco- al número de la revista entre paréntesis seguido de coma, página inicial, guión, página final y punto. Si no existe Volumen, pondremos directamente el nº de la revista sin paréntesis.

Kvaternik I. y Grebenc V. (2009). The role of social work in the field of mental health: dual diagnoses as a challenge for social workers. *European Journal of Social Work*, 12 (4), 509-521.

Lima A. (2010). Nuevas oportunidades del trabajo social. *Servicios sociales y Política social*, 89, 9-27.

h. Comunicaciones a congresos:

Autor/es (primer apellido – sólo la primera letra en mayúscula-, coma, inicial/es del nombre - mayúscula - y punto). Año de celebración y mes (entre paréntesis) y punto. Título de la comunicación y punto. Nombre del congreso (en cursiva) y punto. Ciudad.

Andrés, A., Gómez-Benito, J. y Saldaña, C. (2009, septiembre). Propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia general en personas con sobrepeso y obesidad. Comunicación presentada al *XI Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud*. Málaga.

i. Recursos electrónicos :

Autor/es (primer apellido – sólo la primera letra en mayúscula-, coma, inicial/es del nombre - mayúscula - y punto). Año de publicación (entre paréntesis) y punto. Título. Recuperado (día, mes y año). de (URL-dirección).

LIMA, A. (2012). Trabajo social, nuevos contextos y nuevos compromisos. *AZARBE. Revista Internacional*

de Trabajo social y Bienestar, 1, 75-88. Recuperado el 15 de diciembre de 2012 de http://xa.yimg.com/kq/groups/13786338/11207_71051_/name/T.S.-NUEVOS+CONTEXTOS+Y+NUEVOS+COMPROMISOS-NA+ISABLE+LIMA+F.pdf

El envío de los originales deberá ser remitido a revis-ta@cgtrabajosocial.es

El autor o autores deberán enviar, además del archivo con el original -y en su caso el archivo con figuras- otro con los siguientes datos: Nombre completo. Grado académico. Profesión. Lugar de trabajo. Dirección postal. Correo electrónico. Teléfono de contacto. Foto. Declaración jurada de no haber publicado el original en otro lugar y de no haberlo enviado a otra entidad para su publicación en el mismo periodo. Deberá indicar, además, si autoriza la inclusión de su foto y su correo electrónico de contacto, en caso de que su artículo sea seleccionado para la publicación.

Todos los autores recibirán notificación de la recepción de sus trabajos y del proceso de evaluación al que se someterán sus originales. De ser publicado su original recibirán Certificado de publicación y tres ejemplares del nº de la revista.

El Consejo general del trabajo social no se identifica necesariamente con el contenido de los artículos publicados.

En todo caso, el Consejo general del trabajo social, no permitirá la publicación de artículos que pudieran atentar contra los Principios Éticos de la profesión.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PARA REVISORES EXTERNOS

Estimado/a revisor/a.- El modelo que se adjunta pretende ser una ayuda orientada para la realización de su valoración y no una limitación a la misma. A este protocolo el evaluador/a puede añadir aquellos aspectos que considere oportunos, a ser posible, en la línea de uno de los fundamentos del Peer Review (Revisión por Pares), esto es, mejorar la presentación formal y los contenidos científicos del manuscrito cuando este le merezca una valoración favorable.

Junto a este protocolo, se le remiten la Instrucción a Autores de la Revista.

Remitir vía correo electrónico una vez realizada la evaluación a revista@cgtrabajosocial.es

SERVICIOS SOCIALES Y POLITICA SOCIAL

Directora: Carmen Verde

Manuscrito N° Ref.: _____

Título Manuscrito: _____

Sección del trabajo a evaluar: _____

Evaluador/a: _____

Fecha envió: _____ Fecha devolución: _____

INSTRUCCIONES PARA EL EVALUADOR/A

Acepto / Rechazo

(Antes de proceder a la evaluación acepto o rechazo la misma teniendo en cuenta las siguientes consideraciones)

1. Tener conocimiento y estar capacitado como experto/a para evaluar el asunto tratado en el manuscrito
2. Seguir el protocolo adjunto como guía para elaborar el contenido, estilo y formato de la revisión, aspectos específicos de los originales que debo evaluar y cuales ignorar, guardando siempre respeto a los autores
3. Devolver el manuscrito una vez leído y emitido el informe
4. Remitir el informe en un plazo máximo de quince días
5. Declarar cualquier conflicto de intereses personales, académicos, de investigación, económicos o financieros en relación con el manuscrito
6. Mantener la confidencialidad en cuanto al manuscrito y la revisión
7. Conocer que no recibe compensación económica

Decisión final de Aceptación / Rechazo

(Cumplimentar como conclusión final de la evaluación)

1.- RECOMENDACIÓN:

Aceptar	<input type="text"/>
Aceptar con correcciones menores	<input type="text"/>
Aceptar con correcciones mayores (Nuevo proceso de revisión)	<input type="text"/>
Rechazar	<input type="text"/>
Prioridad de publicación	<input type="text"/>

2.- VALORACIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DEL TRABAJO

Máxima	<input type="text"/>
Buena	<input type="text"/>
Media	<input type="text"/>
Baja	<input type="text"/>

3.- VALORACIÓN DE ORIGINALIDAD Y RELEVANCIA

(respecto de la información científica que contiene el artículo: -nueva y valiosa, -resultados ya conocidos, - irrelevante)

Máxima	<input type="text"/>
Media	<input type="text"/>
Baja	<input type="text"/>

4.- ASPECTOS TÉCNICOS Y CIENTÍFICOS

4.1 ESTRUCTURA Y ESTILO

Título adecuado (claro, conciso e informativo)

	SI	NO	Mejorar o Cambiar
- Español	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Inglés	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Resumen y palabras clave correctos (es claro. Si se tratara de una investigación se incluye los objetivos, diseño, los métodos, las variables consideradas, principales resultados y las conclusiones más relevantes)

- Español	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Inglés	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Otros

COMENTARIOS CONFIDENCIALES

CONFIDENCIALES (Comentarios sólo con respecto a la aceptabilidad del manuscrito, sólo para el Editor)

He revisado el artículo y declaro: que no tengo interés financiero ni intelectual, ni personal en relación con este artículo y que no difundiré la información obtenida a través de la revisión del artículo previamente a su publicación.

Nombre: _____

Lugar y fecha: _____

Fdo. (PONER NOMBRE COMPLETO)

Hojas adicionales

El revisor/a tendrá en cuenta que existen apartados específicos para artículos de investigación, por lo que procederá o no a su cumplimentación según el tipo de artículo objeto de evaluación

Servicios Sociales y Política Social / Social Services and Social Policy

Boletín de Suscripción año 2014 (nº 104, 105 y 106)

Magazine subscription year 2014 (nº 104, 105 and 106)

Tarifa anual:

<input type="checkbox"/> Colegiados/as o estudiantes*	29,00 €	} Gastos de envío 2,50 €* * Los gastos de envío a nivel internacional dependerán de las tarifas de correos.
<input type="checkbox"/> Resto	36,00 €	
<input type="checkbox"/> Extranjero	45,00 €	

* Aportar fotocopia acreditativa.

Suscripción

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DOMICILIO: _____

C.P.: _____ CIUDAD: _____

PROVINCIA: _____ N.I.F.: _____

TELÉFONO: _____ E-MAIL: _____

Forma de pago:

☐ Transferencia a Banco Popular C.C.C.: 0075 - 0126 - 93 - 0601284373 (Adjuntar comprobante).

☐ Recibo domiciliado en Banco o Caja de Ahorros:

Banco:

Titular de la cuenta:

Entidad				Oficina				DC		Nº de cuenta									

Sírvase tomar nota y atender hasta nuevo aviso, con cargo a mi cuenta, los recibos que a mi nombre le sean presentados para su cobro por la Revista "Servicios Sociales y Política Social" del Consejo General de DTS.

En _____ a _____ de _____ de 2014

Firma:

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999 por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, se le informa de los siguientes extremos:

- Los datos de carácter personal que sean recabados de Ud. son incorporados a un fichero automatizado, denominado REVISTA, cuyo responsable es el Consejo General de Trabajo Social.
- La recogida de datos tiene como finalidad la gestión, publicación e información de las actividades del Consejo y del envío de la Revista, Servicios Sociales y Política Social a sus suscriptores profesionales y entidades que desarrollan su actividad en el campo de la intervención social.
- La información facilitada y/o el resultado de su tratamiento tiene como destinatarios, además del propio responsable del fichero, los gestores del envío postal.

En todo caso tiene Ud. derecho a ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, determinados por la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

A efectos de ejercitar los derechos mencionados, puede Ud. dirigirse por escrito al responsable del fichero, en la siguiente dirección:

Consejo General del Trabajo Social

San Roque, 4

28004 Madrid

Teléfonos: 91 541 57 76/77

Fax: 91 521 06 93

consejo@cgtrabajosocial.es

revista@cgtrabajosocial.es

SERVICIOS
SOCIALES
PARA TODOS
Y TODAS



RECORTES NO ¡NO TE CALLES!

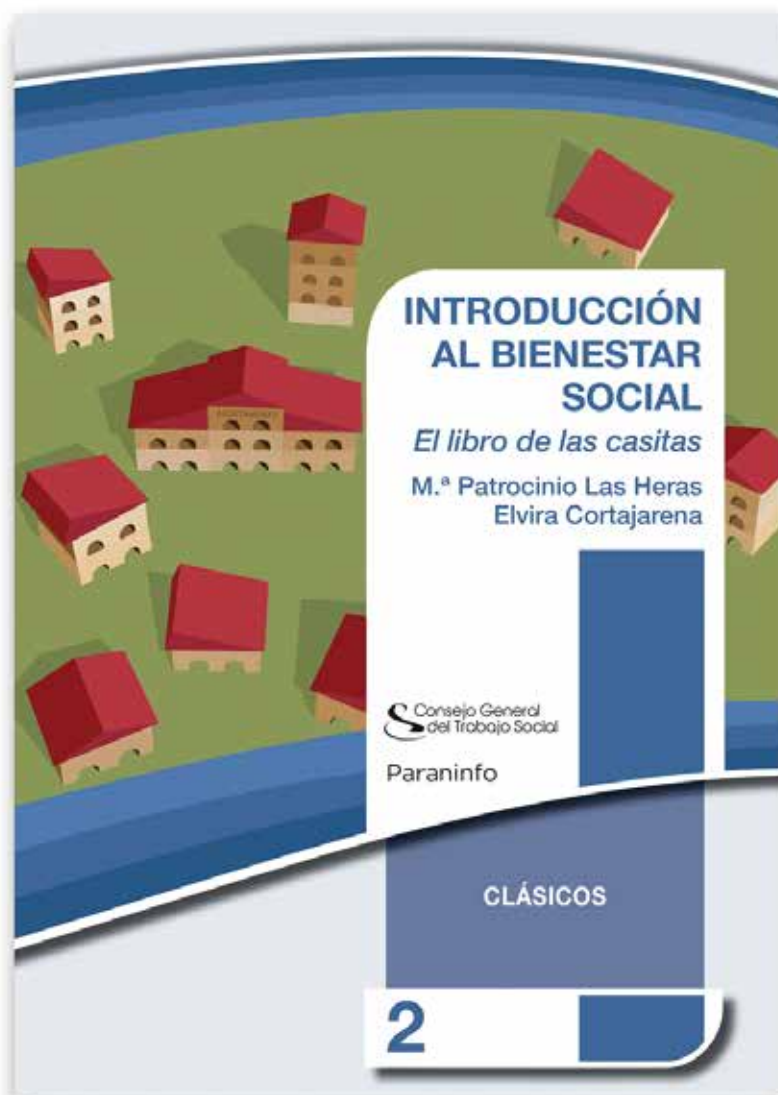
TRABAJADOR@S
SOCIALES

FIRMA para que la *Constitución*
garantice el acceso a los *servicios sociales*
como un **derecho fundamental**

Exigimos la *modificación* de la Constitución
para que incluya el **Derecho Fundamental**
de la ciudadanía a la cobertura del Sistema
Público de Servicios Sociales, cuarto pilar
del Estado de Bienestar.

Entra y firma aquí
<http://xurl.es/cgts>

El libro que asentó las bases del Sistema Público de Servicios Sociales



Ya a la venta

Encontrarás nuestras publicaciones en: www.cgtrabajosocial.es y <http://www.paraninfo.es/>

Artículos/Articles

Sistema de Protección Social: la Salud
Agustina Hervás de la Torre (11-21)

Aplicaciones y demanda de la gestión de caso en España
Demetrio Casado Pérez (23-32)

La gestión de caso. Conceptualización, contexto y presencia social actual
Cristina Rimbau Andreu (33-44)

Tres momentos en la historia de la Asistencia Psiquiátrica y el Trabajo Social en Madrid
Cristina Alonso Salgado y Marisa Pérez Pérez (45-60)

Coordinación sociosanitaria desde la atención social primaria/unidad de trabajo social del Sistema de Servicios Sociales
Mª Isabel López Serrano (61-73)

Conectado@s. ¿Qué piensas de la creación de un subsistema Socio-Sanitario?
Carmen Verde Diego (Coordinadora) (75-85)

El método de la construcción del consenso. Una herramienta participativa de toma de decisiones para la gestión creativa de conflictos

Daniel Buraschi y María José Aguilar Idáñez (87-103)

Intervención psicosocial: un estudio sobre el afrontamiento parental ante la discapacidad
Lorena Fernández Rodríguez, Carmen Verde Diego y Antonio López Castedo (105-117)

En abierto/Public

Líneas de debate entorno al modelo sanitario y social
Consejo General del Trabajo Social (120-123)

Extracto de la Asamblea General extraordinaria del Consejo General del Trabajo Social (124-125)

Nos interesa/On our interest

El rey Felipe VI recibe al CGTS (126)

Queda desierta la convocatoria 2013 del premio Ana Díaz Perdiguero (126)

El Consejo promueve una estructura colegial para fomentar la mediación (127)

El Consejo General participó en el I Congreso Internacional de Facultades y Escuelas de Trabajo Social celebrado en la Universidad de Murcia (128-129)

El Consejo acogió del 16 al 18 de mayo la reunión de Delegados de la FITS Europa (130)

El CGTS acudió al III Congreso de Servicios Sociales de Portugal (130)

Nace la Alianza Europea del Trabajo Social frente a la crisis (131)

Rory Truell: "La marea naranja se debería propagar inmediatamente por todo el mundo" (132-133)

Los retos del Trabajo Social en Europa (134-136)

El Consejo General participó en la asamblea anual de socios de la Red Española del Pacto Mundial (136)

La Presidenta del CGTS, Ana Lima, recibió el premio de la FITS a la trayectoria profesional y dedicación al Trabajo Social (137)

Los Colegios y el Consejo forman un grupo de trabajo para elaborar propuestas a la coordinación sociosanitaria que prepara el Imsero (137)

El CGTS viajó a Australia para participar en la Conferencia Mundial Conjunta sobre Trabajo Social, Educación y Desarrollo Social (138-139)

Reseñas/Reviews

Los Servicios Sociales en España
Miren Edurne Ariño Altuna (142-143)

Entrepapas
Rubén González Rodríguez (144-146)

Filosofía Zombi
Óscar Cebolla Bueno (147)

El Último Europeo. Imperialismo, xenofobia y derecha radical en la Unión Europea
Alfonso Serrano (148-148)

Normas de publicación (150)