

# TRABAJO SOCIAL

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

# HOY

TERCER CUATRIMESTRE 2009-QUINTA ÉPOCA

[número 58]



# **TRABAJO SOCIAL HOY** | *Tercer cuatrimestre 2009* | número 58

EDITA EL COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS  
EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES DE MADRID

Gran Vía 16

28013 Madrid Tel 91 521 92 80

e-mail: publicaciones@comtrabajosocial.com

www.comtrabajosocial.com

## **JUNTA DE GOBIERNO**

Decano: Manuel Gil Parejo

Vicedecana: Esther Riaza Barrena

Secretaria: M<sup>a</sup> José Planas García de Dios

Tesorera: Mar Ureña Campaña

Vocales: Yolanda García Fernández, José Luis Gil Bermejo,

Daniel Gil Martorell, Estrella González Vizcaino,

M<sup>a</sup> Isabel López Serrano, José Ignacio Santás García,

M<sup>a</sup> José Sánchez Tera

## **COORDINACIÓN**

Yolanda García Fernández

## **CONSEJO ASESOR**

Rubén Arriazu Muñoz

Susana de Lucas Martínez

Silvia Domínguez Vicente

Daniel Gil Martorell

Laura Langa Martínez

Marta Montouto Velasco

Eloina Nogal Martín

## **COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA**

M<sup>a</sup> de Gracia Ruiz López

Diseño y maquetación: Carmen de Hijes

Impresión: Industrias Gráficas Afanias

Segundo Mata, 3 Pozuelo de Alarcón (Estación)

Editada en Diciembre de 2009

Depósito Legal: M-36315-1993

Nº ISSN: 1134-0991

**Fotografías:** Fondo Documental del Colegio de Trabajo Social de Madrid

Trabajo Social Hoy, publicación cuatrimestral, se distribuye gratuitamente a los colegiados de Madrid. Suscripción anual: 44 e.

# sumario

---

**EDITORIAL** 5

---

**TEMAS DE INTERES PROFESIONAL** 7

Importancia de la atención interdisciplinar e interinstitucional en la rehabilitación del deterioro cognitivo. 7

*Raúl Espada Menor, Luis Alfonso Seco, Fernando A. Griñán Soria, Teresa Troyano Rivas, M<sup>a</sup> del Mar Rodríguez Martínez, M<sup>a</sup> Luisa Catalina Pintado*

Calidad total y mejora continua en el ámbito del Trabajo Social. Ciclo PDCA y círculos de calidad. 19

*Dionisio Contreras Casado*

La formación en Trabajo Social con personas mayores. 39

*Fernando González y Galán*

El asesor jurídico responde: Los efectos de la Declaración de Nulidad del I Convenio Colectivo Marco Estatal de Acción e Intervención Social 45

*Juan Ignacio Álvarez Fernández*



---

**TEMAS DE ACTUALIDAD** 49

Aportaciones al Borrador del Plan Estratégico de Salud Mental 2009-2011.

Defensa del modelo comunitario y aspectos generales del Plan 49

*Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid*

Fuerzas centrífugas de nuestra identidad. 67

*José Luis Gil Bermejo*

Servicios Sociales. Planteamientos de identidad y necesidad de un sistema. 81

*Silvia Perdomo Molina*

---

**ONG/ENTREVISTA** 111

Fundación Balía. 111

---

**REFLEXIONES** **117**

Diario de un sueño. 117  
*M<sup>a</sup> Cruz Muñoz Arce y Luis Manuel Estalayo  
Martín*

---

**DOSSIER** **131**

---

**IV Jornada “Trabajo Social y  
Voluntariado en Grandes  
Emergencias”** **131**

Manuel Gil Parejo 135  
Decano del Colegio Oficial de Trabajadores  
Sociales de Madrid.

Laura Ruiz de Galarreta Barrera 139  
Directora General de Voluntariado  
y Promoción Social de la Comunidad  
de Madrid.

Luis Alberto Barriga Martín 143  
Trabajador Social.

**MESA REDONDA:**

Javier Martín Sánchez 161  
Jefe de Servicio de Emergencia  
Social de la Comunidad de Madrid.

Mar Ureña Campaña 173  
Colegio Oficial de Trabajadores  
Sociales de Madrid.

Yolanda Fierro Fidalgo 183  
Trabajadora Social y miembro  
de la Dirección Técnica de Acción Social.  
Ayuntamiento de Barcelona. Ex directora del  
Centro de Servicios Sociales de El Carmel.

Adoración Moreno Sánchez 197  
Responsable del Programa de Intervención  
en Emergencias de Cruz Roja de Madrid.

---

**BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS** **211****Reseñas:**

Participación ciudadana  
y gestión de las políticas sociales  
municipales. 211

*Enrique Pastor Seller*

Políticas y bienes sociales:  
procesos de vulnerabilidad y  
exclusión social  
(Ana Arriba). 213

**C**elebrábamos recientemente el LXI Aniversario de la proclamación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, fecha en la que el Colegio tradicionalmente dedicaba una jornada de sensibilización a tan inolvidable acontecimiento, haciéndola coincidir con el Día del Trabajador Social.

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), ha señalado el 17 de marzo como el Día Mundial del Trabajo Social y con ello, ambas fechas pasaran a nuestras agendas como fechas emblemáticas en las que celebraremos pertenecer a este colectivo de profesionales colegiadas y colegiados.

Asimismo, celebramos la concesión del Premio al Mérito Social del IMSERSO a una entrañable e ilustre colegiada, Dña. Patrocinio de las Heras Pinilla, Patro para todos y todas, con el mayor respeto y cariño hacia su persona.

Este merecido reconocimiento sin duda, aportará a la Historia del Trabajo Social un nuevo capítulo aún por cerrar, sobre el derecho de los ciudadanos y ciudadanas a un Sistema Público de Servicios Sociales y un vivo ejemplo a seguir, de compromiso con la profesión y con los derechos sociales en los tiempos en que nos toca vivirla y ejercerla; cuando el aumento del paro y la crisis del sistema capitalista hace que nuevas situaciones de pobreza y desigualdad pongan en riesgo los objetivos del Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y las aspiraciones de reducir la pobreza en el mundo para el 2015.

Trabajemos porque los sistemas de protección logrados hasta ahora no se vean afectados al punto de volver a los penosos años 50.

“Definitivamente parece confirmarse que este invierno que viene, será duro. Adelantaron las lluvias, y el Gobierno reunido en Consejo de Ministros no sabe si estudia a estas horas el subsidio de paro o el derecho al despido, o sencillamente, aislado en un Océano, se limita a esperar que la tormenta pase y llegue el día, el día en que, por fin las cosas dejen de venir mal dadas”. **Jaime Gil de Biedma** (*Poema de la “Noche triste de Octubre”*)



# **IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR E INTERINSTITUCIONAL EN LA REHABILITACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO**

**Raúl Espada Menor**

DTS col. nº 3.585. Concejalía de Mayores del Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz

**Luis Alfonso Seco**

DTS col. nº 5.334. EAP Brújula I de Torrejón de Ardoz

**Fernando A. Griñán Soria**

DUE. EAP Brújula I de Torrejón de Ardoz

**Teresa Troyano Rivas**

Licenciada en Medicina y Cirugía de EAP Brújula I de Torrejón de Ardoz

**M<sup>a</sup> del Mar Rodríguez Martínez**

Licenciada en Medicina y Cirugía de EAP Brújula I de Torrejón de Ardoz

**M<sup>a</sup> Luisa Catalina Pintado**

Licenciada en Medicina y Cirugía de EAP Fronteras de Torrejón de Ardoz

## **RESUMEN**

*Mediante la presentación del caso de un paciente con 85 años con demencia de etiología mixta isquémico-generativa de grado moderado, queremos evidenciar los resultados obtenidos siguiendo un abordaje interdisciplinar e interinstitucional desde su Centro de Salud en los distintos niveles (físico, psíquico y social) y la eficacia de la intervención en el tiempo.*

## **PALABRAS CLAVE**

Equipos Interdisciplinares. Equipos de Salud. Valoración Integral. Demencia.

## **INTRODUCCIÓN**

Hablar de interdisciplinaridad es hablar de esfuerzo y empeño por entender y hacer entender que en el trabajo en equipo el profesional no sólo actúa de acuerdo a sus propios criterios o formación (equipos multiprofesionales), sino que es un objetivo común para todos, siendo conocedores que esta difícil tarea (en un primer momento, hasta que la interiorizamos y la hacemos nuestra) optimiza recursos y logra un mayor grado de independencia y calidad de vida en el paciente.

Esta concepción de equipo es la que luce, por lo menos sobre el papel, en el Real Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud, en la que medicina, enfermería y trabajo social forman parte de un todo con un objetivo común, desarrollar sus funciones en el terreno asistencial, preventivo y de promoción de la salud.

Mediante el caso de Manuel, intentamos evidenciar los resultados obtenidos durante todo el proceso de rehabilitación siguiendo un modelo donde los diferentes profesionales, siendo conocedores de la dificultad de la intervención por la amplia variedad de problemas que pueden afectar al mayor (aspectos físicos, clínicos, funcionales, mentales y sociales), hacemos una valoración conjunta y diseñamos un Programa de Intervención Grupal con objetivos comunes.

## **EQUIPO DE SALUD. EQUIPOS INTERDISCIPLINARES**

El Equipo de Salud es definido por la OMS (Organización Mundial de la Salud), en 1973, como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.

Martín Zurro y cols. (colaboradores) distinguen en cuanto a la composición del EAP (Equipo de Atención Primaria) se refiere, entre el núcleo básico y los elementos especializados de apoyo. El Núcleo Básico sería el formado por aquellos profesionales imprescindibles para el desarrollo de sus funciones, como son los médicos, enfermeros y trabajadores sociales.

Trabajar en equipos interdisciplinarios es trabajar en un área común de forma independiente pero coordinada, con los mismos objetivos y el mismo plan de cuidados. Es importante distinguir dos términos a veces mal utilizados como son enfoque multidisciplinar y enfoque interdisciplinar. En el primero de ellos, cada disciplina individual se dedica a su área de especialidad sin que haya necesariamente coordinación con otras disciplinas, siendo esta la base del trabajo interdisciplinar.

## **CASO CLÍNICO**

- Varón de 85 años.
- Antecedente de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en 2006.
- Fibrilación Auricular Crónica, en tratamiento con anticoagulantes.
- Cardiopatía Isquémica.

La familia demanda visita domiciliaria porque, a raíz de presentar una lumbalgia, se negaba a levantarse de la cama, apenas quería comer y había descuidado su higiene.

En la visita domiciliaria, el paciente refiere dolor lumbar izquierdo de tipo mecánico, que le dificulta la deambulaci3n, con Las3gue negativo y limitaci3n de la movilidad de la cadera. Est3 desorientado y con lenguaje pobre. Manifiesta la familia que lleva a3os con despistes y p3rdida de memoria, delegando en su hija y su nieta todos los cuidados, as3 como el control de la medicaci3n.

## **VALORACI3N INTEGRAL DEL MAYOR**

Se trata de una valoraci3n en las cuatro esferas del mayor (cl3nica, funcional, mental y social):

- **VALORACI3N CL3NICA** (recogida de datos durante la anamnesis, exploraci3n f3sica, pruebas complementarias,...).

Pruebas solicitadas:

- Derivaci3n a Neurolog3a, que solicita tomograf3a axial computerizada craneal (TAC).
- An3lítica completa.
- Radiograf3a de columna lumbar y cadera izquierda.

**DIAGNOSTICO CLÍNICO: cuadro de DEMENCIA DE ETIOLOGÍA MIXTA, ISQUÉMICO-DEGENERATIVA, DE GRADO MODERADO.**

*La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIE 10), establece los criterios para el diagnóstico de la demencia: deterioro de la memoria, del pensamiento y del razonamiento, así como la interferencia en la actividad cotidiana y la presencia de estos síntomas durante al menos seis meses. Esta clasificación identifica más de veinte tipos de demencias. Sin embargo, desde el punto de vista terapéutico, podríamos agruparlas en dos tipos principales:*

*1. Las neurodegenerativas, ocasionadas por un proceso patológico degenerativo, como por ejemplo el Alzheimer, donde se produce la muerte neuronal, pérdida de la sinapsis y las diferentes alteraciones en los neurotransmisores.*

*2. Las no neurodegenerativas o funcionales, ocasionadas por la ausencia continuada del desarrollo de alguna función, bien cognitiva, social o física. El propio paciente disminuye, bien de forma drástica o paulatinamente, diferentes funciones (sociales, cognitivas, físicas) como mecanismo de defensa ante las dificultades crecientes que aparecen, consecuencia de sus déficits crecientes y el aumento de la ansiedad y la pérdida del autocontrol.*

- **VALORACIÓN FUNCIONAL** (independencia del anciano para el desempeño de Actividades Básicas de la Vida Diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y actividades de ocio).

El estadio actual de la patología de base del paciente condiciona su capacidad para satisfacer sus necesidades, de manera que la alteración del patrón cognitivo/perceptivo arrastra un déficit de autocuidado que pone en riesgo, dificulta o impide la satisfacción de los patrones de percepción de la salud, de autopercepción y de autoconcepto, su capacidad de relacionarse y mantener su rol, de actividad física, de ocio y del patrón de sueño/descanso.

**DIAGNÓSTICOS ENFERMERÍA: (de acuerdo a las taxonomías NANDA-NOC-NIC):**

- *Problemas de colaboración:*
    - *Demencia Senil.*
  - *Problemas de cuidados:*
    - *Afrontamiento familiar comprometido (00074) relacionado con (r.c.) desorganización familiar y prolongación/progresión de la enfermedad manifestado por (m.p.) expresiones de desbordamiento, preocupación de la familia y comprensión y conocimiento inadecuados que interfieren en la ayuda al enfermo.*
    - *Aislamiento social (00053) r.c., alteración del estado mental y recursos personales inadecuados de rechazo y de soledad impuesta.*
- 
- **VALORACIÓN MENTAL** (a nivel cognitivo y afectivo del anciano).
    - Mini-mental test = 7 (deterioro cognitivo).
  
  - **VALORACIÓN SOCIAL** (relación que existe entre el mayor y el medio social en el que se desenvuelve).

Aspectos que se han tenido en cuenta:

- Situación familiar (composición del grupo familiar, historia familiar, relaciones familiares, situación de salud de los miembros de la unidad familiar,..).
- Situación económica (ingresos familiares, fuentes de ingresos, gastos,..).
- Situación de la vivienda (equipamiento, identificación de posibles barreras arquitectónicas,...).
- Relaciones y actividades sociales (identificar aislamiento). Utilización del tiempo de ocio, accesibilidad a los recursos de la zona, etc.
- Apoyo social (formal e informal). Identificación del cuidador principal (edad, sexo, relación con el usuario, situación de salud, sobrecarga en cuidados,..) y de posibles co-cuidadores.

Los resultados de la valoración se han obtenido de las entrevistas mantenidas con Manuel y su familia tanto en el domicilio como en la consulta.

Nos encontramos con una familia estructurada, con buena organización familiar, con dificultades para el manejo del enfermo, pero con un adecuado reparto de tareas que permite garantizar una adecuada permanencia en el domicilio. En este momento no precisan de apoyo externo.

No existen problemas económicos, y la vivienda en que residen presenta buenas condiciones de habitabilidad, sin barreras arquitectónicas exteriores ni interiores.

Apoyo formal (profesional; miembros del equipo de salud) e informal (su esposa, su hija y una nieta con las que viven) adecuados e implicados en todo el proceso terapéutico. No se detectan conflictos familiares.

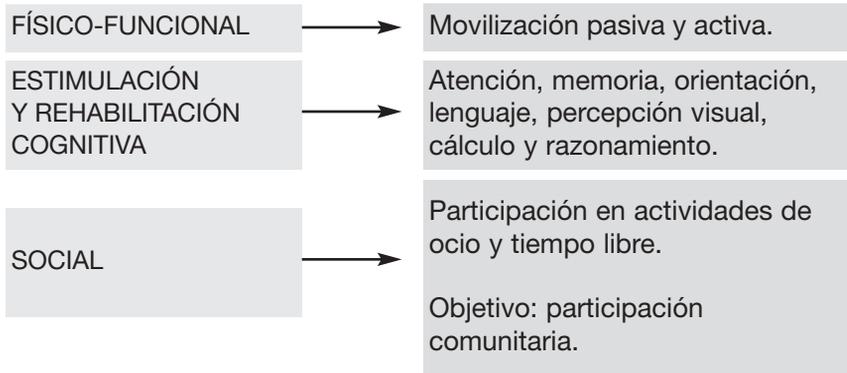
Falta de relaciones con iguales; suele estar en casa, sin motivaciones. Dificultades familiares en la toma de decisiones.

**DIAGNÓSTICO DEL TRABAJADOR SOCIAL:**

- *Aislamiento social-participación social.*
- *Falta de integración en el entorno social.*

## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTEGRAL

Los EAP por la cercanía con el paciente/familia, el conocimiento de la biografía personal/familiar y por la relación de confianza que existe, se convierte en el mejor espacio para establecer programas de intervención.



A **nivel físico-funcional** se trata de conseguir la recuperación de la mayor independencia física posible, estableciendo como punto de partida ejercicios de movilización pasiva en el arco del movimiento articular de miembros inferiores. Una vez conseguida la mayor amplitud articular posible, se pasó a ejercicios activos, consiguiendo la deambulación con ayuda en el domicilio de forma autónoma a los diez días, con la sola ayuda de un bastón.

A **nivel de estimulación y rehabilitación cognitiva**, conseguir la recuperación de habilidades mediante ejercicios atendiendo en un primer momento a aspectos básicos de la cognición (atención, orientación temporoespacial, así como la memoria) y después aspectos cognitivos más instrumentales (lenguaje, percepción visual, razonamiento y cálculo, capacidades práxicas).

Ejercicios para reforzar la *activación mental* con tareas simples, como los nombres de los meses, series sencillas de números, etc. Activación mental evocando sus aficiones, mediante trabajos de dibujo, trabajos de madera (oficio que aprendió de muy joven en la carpintería de su padre). Es destacable la calidad de los trabajos que ha elaborado, y como prueba de las habilidades que tiene, como se puede ver en la foto 1, la calidad de estos cebos de pesca elaborados por Manuel hace más de diez años. Como buen pescador que es, nos aseguran que con estos cebos “pescaba más que nadie”.



Foto 1

En cuanto a las tareas para potenciar la orientación temporoespacial y de la persona, se utiliza tanto su biografía personal como la de su entorno más inmediato, los familiares, los amigos,... empleando como técnica el reconocimiento visual mediante fotografías con contenidos emocionales (bodas, comuniones, festividades familiares,...). Utilización de recursos de apoyo facilitadores, como calendarios y uso de relojes, para potenciar la orientación mediante la creación de rutinas.



Foto 2

Para potenciar la memoria, desarrollando ejercicios de repetición que facilitan la fijación y el recuerdo (foto 2).

Para potenciar tanto las praxias constructivas como la imaginación, se utiliza el dibujo tanto guiado como libre.

Para la potenciación tanto del cálculo mental como del razonamiento, se emplean ejercicios de clasificación de palabras, utilizando diferentes cam-

pos semánticos, utensilios de pesca, utensilios para trabajar la madera, así como operaciones aritméticas sencillas.

Para el desarrollo y potenciación del lenguaje tanto oral como escrito, se estimula a la lectura diaria de noticias, libros o revistas de interés, aprovechando para ejercitar capacidades lingüísticas la denominación de los utensilios que utiliza para dibujar, para hacer trabajos manuales, etc.

A nivel social, se plantea como objetivo a conseguir la participación en la vida comunitaria a través de actividades de ocio y tiempo libre (aumentan los niveles de apoyo social, el control percibido y la autoeficacia social) para evitar que la dependencia del mayor aumente, recuperar o mantener el mayor grado de autonomía posible y favorecer la continuidad de la vida familiar dentro del entorno familiar.

Es muy importante definir la actividad, buscando la afinidad y respetando los deseos de Manuel para que no pierda la motivación lograda. Este ha sido el motivo de elegir el Taller de Pintura entre las diferentes actividades incluidas en el Programa de Mayores que oferta la Concejalía de Mayores de este municipio. Cumplía con todas las expectativas deseables (proximidad al domicilio, afinidad con los deseos de Manuel,..) y al ser este momento vital para conseguir una recuperación integral.

Como profesional de referencia en funciones de coordinación, actuando de enlace entre el EAP y la Comunidad, se establecen coordinaciones con la Concejalía de Mayores del municipio para conseguir fuera del plazo de convocatoria de inscripción en talleres ofertados en los Centros de Mayores, la inclusión en Taller de Pintura (conociendo las dificultades para conseguir plaza en este momento, pero confiando en la buena coordinación que existe entre ambas instituciones, como se ha demostrado en casos anteriores).

En un primer momento con Informe de Derivación Interinstitucional, y después en coordinaciones telefónicas para finalmente concertar una visita al Centro de Mayores acompañado del enfermero y de Manuel dónde se informa al responsable de talleres de la Concejalía de Mayores de la buena evolución del paciente y de los objetivos marcados; se consigue en poco tiempo la participación en taller de pintura que da continuidad a los trabajos que ha estado haciendo en casa y en consulta con su enfermero, favoreciendo también la relación con iguales y evitando la situación de aislamiento social en que se encontraba.

## **SITUACIÓN ACTUAL, UN AÑO DESPUÉS**

Los resultados de la intervención se hacen visibles ya a las cuatro semanas del inicio de la rehabilitación domiciliaria cuando el paciente es capaz de acudir al Centro de Salud acompañado de sus familiares, para continuar su rehabilitación en consulta de enfermería. En ese momento el resultado del test Mini-mental fue de 30 (sin trastorno cognitivo).

Dos semanas después ya acudía solo al Centro de Salud.

La detección temprana de las manifestaciones clínicas iniciales de las demencias, ha permitido reestablecer habilidades cognitivas y ralentizar la progresión del proceso.

Una buena respuesta de los diferentes profesionales con un abordaje interdisciplinar ha permitido conseguir los logros perseguidos, pero esto no hubiese sido posible sin la buena respuesta e implicación de la familia en todo el proceso, que ha sabido entender y ha participado de todas las decisiones que se han tomado.

Con tiempo suficiente para evaluar los resultados, podemos evidenciar que se han cumplido los objetivos propuestos.

¿Qué beneficios ha tenido y tiene trabajar con un enfoque interdisciplinar?

- El grado de satisfacción del paciente y la familia ha sido y es mayor. La familia participa y ha participado en todo el proceso, siendo conocedora de los objetivos a cumplir así como del plan de cuidados.
- Hemos conseguido que la coordinación entre los diferentes profesionales sea mejor como se ha evidenciado en futuras intervenciones en otros pacientes.
- Reducción del coste sanitario (se han minimizado los recursos).

Manuel continúa en su domicilio, con un plan de cuidados dónde la atención desde el Centro de Salud es más distanciada en el tiempo como prueba evidente del progreso conseguido, pero con una percepción de cercanía hacia la familia/paciente que nos va a mantener informados de cualquier cambio significativo y relevante que precise de la intervención del equipo.



Foto 3

Como alumno ejemplar que es, ha seguido el programa de rehabilitación marcado hace ya un año gracias a la relación paciente-profesional-familia, apoyada en la comunicación y el respeto a todos los niveles. Sigue participando a fecha de hoy por segundo año en Taller de Pintura con buena motivación y respuesta (foto 3).

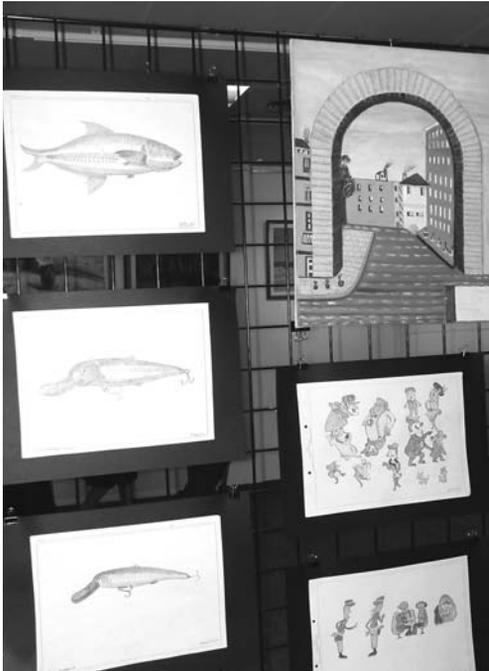


Foto 4

En la foto 4. se muestran algunos de sus trabajos que se presentaron en la Sala de Exposiciones de la Plaza Mayor del Municipio en marzo de 2009, con motivo de la Primavera Cultural de Torrejón, con un extenso programa en el que se incluye la presentación de los trabajos que han realizado los mayores en los diferentes talleres impartidos.

Para terminar, y aprovechando este espacio y esta experiencia, animamos a aquellos profesionales de Atención Primaria que les pueda interesar, a utilizar este enfoque, dada la diversidad de problemas que pueden intervenir en el mayor y en base a los buenos resultados obtenidos.

## Bibliografía

BOADA, M.; TÁRRAGA, L. "El tratamiento longitudinal de la enfermedad de Alzheimer". *Continua Neurológica*. 1998; 1:82-106.

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE MADRID. "El papel del trabajador social en el colectivo de mayores". II Congreso de Trabajo Social en la Comunidad de Madrid. 1999.

DIRECCIÓN TERRITORIAL INSALUD. "El Trabajo Social en Atención Primaria". Madrid. 2000.

GESCHWIND N. "Mechanism of change after brain lesions". En: Nottebohm E., editor. *Hope for a new neurology*. ANN ACAD NEW YORK. 1985;457:1-11.

GÓMEZ TOLÓN, J.; SALVANES PÉREZ, R. "Terapia ocupacional en psiquiatría". Zaragoza: Mira. 2003.

LÓPEZ J.J. "Plasticidad neuronal. Diversos enfoques del término plasticidad nerviosa". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 1989;24 Supl. 1:9-15.

MCCLOSKEY, J.; BULECHEK GM. "Clasificación de intervenciones enfermeras (NIC)". 3ª Ed. Madrid: Harcourt Mosby. 2003.

MURUNO MIRALLES, P. "La ocupación como método de tratamiento de salud mental". 2002. Disponible en: [www.terapiaocupacional.com](http://www.terapiaocupacional.com)

NANDA. "Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008". Madrid: Elsevier. 2008.

POLONIO LÓPEZ, B. "Terapia ocupacional en Geriatria: 15 casos prácticos". Madrid: Panamericana. 2002.

PROYECTO DE RESULTADOS DE IOWA. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). 3.ª ED. MADRID: HARCOURT MOSBY. 2003.

RODRÍGUEZ MAÑAS, L.; SOLANO LAURRIETA, J.J. "Bases de atención al anciano". Sociedad Española de Medicina Geriátrica. 2001.

SANCHO, M.T.; PÉREZ ORTIZ, L.; ABELLÁN, A.; RODRÍGUEZ V. "Las personas mayores en España. Algunos indicadores básicos". Cuadernos de Trabajo Social. 2001.

TARRAGA, L. "Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senil y demencia". *Medicine*. 1994;6:44-53.

UNVERZAGT FW, HUI S.L.; FARLOW M.R.; HALL K.S.; HENDRIE HC. "Cognitive decline and education in mild dementia". *Neurology*. 1998; 50:181-5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. "The ICD. 10 Classification of mental and behavioural disorders". Geneva: World Health Organization. 1992.

# CALIDAD TOTAL Y MEJORA CONTINUA EN EL ÁMBITO DEL TRABAJO SOCIAL CICLO PDCA Y CÍRCULOS DE CALIDAD

**Dionisio Contreras Casado**

DTS col. nº 6.873

Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales Auditor y Gestor de la Calidad. ISO 9001

## RESUMEN

*La Calidad es vital para toda organización, ya que constituye la herramienta que le va a permitir asegurar la idónea adecuación del producto o servicio, a las necesidades del usuario. En el presente artículo se dan a conocer una serie de conceptos relativos a la Calidad, así como se repasa en la importancia de implantar Sistemas de Calidad en los Servicios Sociales.*

*Es vital, conocer las técnicas que constituyen las herramientas que van a permitir a la organización, orientar sus procesos a determinados resultados y reaccionar a situaciones inesperadas, por lo que, se exponen dos herramientas claves para la mejora continua: el Ciclo PDCA (Planificar, Hacer, Controlar, y Actuar) y los Círculos de Calidad.*

## PALABRAS CLAVE

Calidad Total. Mejora Continua. Círculo PDCA. Círculo de Calidad. Normalización. Excelencia.

## LA CALIDAD TOTAL EN LOS SERVICIOS SOCIALES

Las organizaciones en las que prestan sus servicios los trabajadores sociales, son recursos indispensables para distintos colectivos, y en mayor o menor medida, estos colectivos, están formados por personas dependientes en el más amplio sentido de la palabra así, comprobamos que los servicios dirigidos a personas mayores, trabajo con menores, con drogodependientes, situaciones de exclusión social, vivienda, servicios culturales y recreativos, o preventivos y formativos, todos ellos precisan, cada vez más, de un control permanente de la calidad. En estos servicios, la persona (o grupo), objeto de atención debe ser el principal determinante del sistema y de sus procesos. Dicho sistema, en cualquiera de ellos debe centrarse en el estatus funcional, físico, mental, psicosocial, (relacional, laboral), y en las necesidades de cuidados para la autonomía y bienestar, de esa persona (o grupo) objeto de atención.

La capacidad profesional se reconoce como uno de los determinantes de los resultados, y muy especialmente de los resultados técnico asistenciales de calidad ya que, a las competencias profesionales hay que sumar variables más intangibles y que tienen que ver con el trato, competencias emocionales o habilidades sociales del profesional. Muy concretamente para el ámbito de las residencias geriátricas AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación) ha formulado una norma sobre cualificación y formación del personal, y a nivel internacional se está produciendo un movimiento sobre este aspecto concreto, que tiene ya desarrollados estándares.

Quizá sea el campo de la Geriátrica, uno de los ámbitos en el que el Trabajador Social ha podido comprobar más la progresiva implantación de sistemas de calidad. En Estados Unidos, en cada centro de cuidados prolongados, se vienen calculando indicadores desde hace más de un lustro, entre los que se encuentran las residencias geriátricas, y dichos indicadores se basan en el control de calidad obligatorio establecido en este país por norma federal: RAI (Resident Assessment Instrument). Que el sector en el que se desarrolla el Trabajo Social, es un sector altamente sensible tiene poca discusión. Hablamos de la atención a personas muy vulnerables. Es fundamental que se trate de un sector altamente vigilado por las instancias públicas competentes en la materia, y dentro de ese enfoque, es fundamental que se pida cada vez más un control de calidad, a través de indicadores transparentes. En un proceso de mejora, la base del éxito, es el establecimiento adecuado de una buena política de calidad, que pueda definir con precisión lo esperado por los trabajadores de una organización; así como

también de los productos o servicios que sean brindado a los usuarios de la misma. Dicha política requiere del compromiso de todos los componentes de la organización. Para hacer efectiva la implantación de esta política, es necesario que los integrantes de los equipos, tengan los conocimientos requeridos para conocer las exigencias de los clientes o usuarios de los servicios, y de esta manera poder lograr ofrecerles una excelencia en el servicio, que pueda satisfacer o exceder las expectativas. La transformación de los ámbitos de trabajo en los que se desarrolla el Trabajo Social, unido a la expansión de sus campos de actuación, han ocasionado un sin número de problemas y dificultades a las que dar solución. Poco a poco, cada vez más, el término "Calidad Total" es muy utilizado en este tipo de organizaciones, que van pasando de mantener una actitud estática, de mantenimiento del "status quo", a un planteamiento más abierto, expansivo y proactivo. La ventaja de una organización comprometida con la calidad, estaría en su habilidad, recursos, conocimientos, atributos, etc., que hacen posible ofrecer un servicio ajustado a las necesidades del usuario demandante del servicio. Ello supone una continua orientación hacia el entorno y una actitud estratégica por parte de los trabajadores sociales, y en general de cualquier profesional integrante de los equipos. Por otra parte, el concepto de éxito nos hace pensar en la idea "excelencia", o sea, con características de eficiencia y eficacia de la organización.

La calidad de los procesos se mide por el grado de adecuación de estos a lograr la satisfacción de sus clientes internos (p. ej.: profesionales integrantes de los equipos) o externos (p. ej.: usuarios de los diferentes servicios), y para alcanzar los objetivos de calidad, se deberán desarrollar los siguientes pasos:

- Elegir qué controlar.
- Determinar las unidades de medición y evaluación.
- Establecer el sistema de medición y evaluación.
- Establecer los estándares de resultados.
- Medir los resultados actuales.
- Interpretar la diferencia entre lo real y lo pretendido.
- Diseñar y ejecutar acciones sobre la diferencia.

Traducir los requerimientos de los usuarios en los apropiados requerimientos profesionales para cada etapa del desarrollo de la intervención del trabajador social, es una realidad compleja, ya que en la práctica del Trabajo Social, necesidad expresada por el usuario y necesidad real, no siempre son conceptos coincidentes,

lo que dificulta diseñar las actividades necesarias para traducir la voz del usuario en las características del producto, o intervención profesional final. Además de cubrir una necesidad concreta, debe satisfacer las expectativas de los usuarios, cumplir con las especificaciones, normas y con los requisitos legales aplicables. No obstante para superar estas dificultades, definimos los siguientes principios, en los que es pieza clave el trabajador social:

- Una organización de calidad debe aprender a escuchar a sus clientes y ayudarlos a identificar y articular sus necesidades.
- Una organización de calidad diseña intervenciones que proporcionen beneficios al usuario.
- Los servicios que satisfacen al cliente, provienen de sistemas bien planificados y continuamente evaluados.
- En una organización de calidad, la visión, los valores, sistemas y procesos deben ser consistentes y complementarios entre sí.
- Todos en una organización de calidad: trabajadores sociales, psicólogos, médicos, educadores, supervisores y otros (miembros del equipo o sistema), deben trabajar en concierto.
- El trabajo en equipo en una organización de calidad debe estar comprometido con el usuario y el mejoramiento continuo.
- En una organización de calidad cada uno debe conocer a la perfección su trabajo y sus funciones.
- La organización de la calidad usa el método científico para planificar el trabajo, resolver problemas, tomar decisiones y conseguir la mejora.

**Figura 1. Puntos fuertes y débiles de un sistema de calidad**

PUNTOS FUERTES	PUNTOS DÉBILES
Compromiso de la dirección o del coordinador/a del equipo.	Burocratización y documentación excesiva.
Mejora de la calidad de procesos y Servicios.	Desconfianza del personal de la Organización.
Organización definida (integrar a clientes y proveedores).	Excesivo tiempo para la implantación.
Manual de Calidad de la empresa.	Posible coste del incremento del coste externo.
Procedimientos operativos documentados.	Coste de la certificación.
Mayor fiabilidad en los resultados.	Necesidad de mayores recursos humanos.
Mayor confianza de los usuarios.	Dificultades de aplicación de los elementos y requisitos de las normas ISO (Organización Internacional para la Normalización).
Disminución de los costes de la Calidad.	Determinados tipos de organizaciones, como en el caso de las que desarrolla su función el trabajador social, ya que el "producto" del trabajo resulta, a menudo, intangible.

## CALIDAD TOTAL

La norma ISO<sup>1</sup> 9000:2000 define Calidad como el “grado en el que un conjunto de características (rasgos diferenciadores) inherentes cumple con los requisitos, (necesidades o expectativas establecidas, generalmente implícitas u obligatorias)”.

Como enfoque, la Gestión de la Calidad es la parte funcional de la gestión organizacional que define e implanta la política de calidad.

La calidad total es el punto de arranque para involucrar a toda la empresa en un proceso de cambio, donde el aspecto técnico de calidad se asocia a la satisfacción total del usuario y a la participación total del personal. La calidad engloba una serie de objetivos y de medidas que contribuyen a mejorar las relaciones entre la organización y sus usuarios a la vez que incrementan la motivación de los colaboradores de todos los niveles.

Fueron los japoneses los pioneros de la calidad: Tras la II Guerra Mundial la economía nipona quedó en una situación catastrófica, sus productos eran poco o nada competitivos, y prácticamente no tenían cabida en los mercados internacionales. Sin embargo, los japoneses no tardaron en reaccionar, y tras adoptar sistemas de calidad, obtuvieron resultados que tuvieron como resultado (consecuencia) un espectacular crecimiento. La observación de lo que ocurrió en Japón, se transmitió a otros puntos de la geografía mundial, y si bien Europa tardó algo más en llegar, en los años ochenta también cambió la perspectiva organizacional. En esta línea, en 1988 nace la European Foundation for Quality Management (EFQM), organización que apuesta por los modelos de gestión de calidad total (GTC o TQM), estrategias encaminadas a optimizar los recursos, reducir costes y mejorar los resultados, con el objetivo de perfeccionar constantemente el proceso productivo o de prestación de servicios.

Los principios de gestión de la calidad total son tan sencillos de entender como complicados de asimilar, implica cambiar la filosofía de la organización y los modos de gestión de sus responsables, en no pocas ocasiones, un trabajador social, para lo que es elemental que esté convencido de la necesidad de la calidad.

---

1 Organización Internacional para la Estandarización. Organización No Gubernamental cuyo objetivo es la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas y organizaciones a nivel internacional.

El trabajador social ha de concienciarse de la necesidad de constante mejora con objeto de obtener resultados óptimos en sus intervenciones. Sin duda, la Calidad Total, constituye una filosofía, un estilo de gerencia o una estrategia, que al exceder el aseguramiento de la Calidad, y al descentralizarse en todos los miembros de la organización, hace que los Departamentos de Calidad pierdan su sentido, ya que sus funciones son asumidas por la totalidad de los equipos.

Las consecuencias de la Calidad Total afectan e implican a toda la organización desde la base. Dichas consecuencias son:

- Todas las funciones organizativas deben mejorar continuamente la calidad del trabajo, para que la organización mantenga su eficiencia. También en el Trabajo Social, ser poco eficiente termina creando problemas a nuestros usuarios.
- Lograr una participación espontánea y positiva de los equipos de trabajo, implica el establecimiento de una cultura organizativa basada en un gran respeto a la persona. Respeto evidenciado en hechos tales como: tener en cuenta su opinión o dotarle de una formación adecuada para el desempeño de sus funciones.

La calidad total no sólo se refiere al producto o servicio en sí, sino que pretende y busca la mejora permanente del aspecto organizacional y gerencial, y para ello es absolutamente necesario, que cada trabajador, desde el gerente de la organización, hasta el operario del más bajo nivel jerárquico estén comprometidos con los objetivos de mejora. Es un modo de gestionar empresas y organizaciones que persigue la mayor competitividad y eficacia, mediante la satisfacción total de sus clientes; satisfacción que logra haciendo las cosas siempre bien, a la primera y cada vez mejor. Algo de capital importancia en la gestión de los Servicios Sociales.

Para que la Calidad Total se logre en su plenitud, es necesario que se rescaten los valores morales básicos de la sociedad y es aquí, donde el trabajador social juega un papel fundamental, comenzando por su responsabilidad en la formación de trabajadores para conseguir más predisposición y una mejora en la motivación, una indiscutible aportación sobre las necesidades de los usuarios, un buen criterio para sugerir cambios en provecho de la calidad del servicio prestado, una óptima capacidad de análisis y observación del proceso de prestación del servicio, y de observación del impacto que produce en el usuario.

Un **sistema de calidad** es la combinación de responsabilidades, estructura organizacional, procedimientos, procesos y recursos que se establecen con el objetivo de implementar la gestión de calidad. A través de los sistemas de calidad, las

organizaciones se aseguran que todos los factores que afectan la calidad de los productos y servicios, estén bajo control y se adecuen a las necesidades del usuario, buscando su beneficio.

## **MEJORA CONTINUA**

Las organizaciones tienen la necesidad de obtener niveles de eficacia y eficiencia cada vez mayores, y en este sentido un plan de mejora continua requiere contar con trabajadores habilidosos (bien entrenados en las funciones que han de desempeñar), trabajadores motivados (capaces de sugerir propuestas de mejora y de enfrentarse a su trabajo de modo óptimo) y con trabajadores dispuestos a adaptarse al cambio.

Sin duda podemos afirmar que la mejora continua no puede ser impuesta a los miembros de un equipo de trabajo o a una organización, sino que tiene que salir de los trabajadores, y ello implica unificar y gestionar tres requisitos: Querer (tener la intención de participar en dicha mejora), Saber (disponer de la formación necesaria) y Poder (contar con los recursos necesarios para hacer realidad el proceso de mejora).

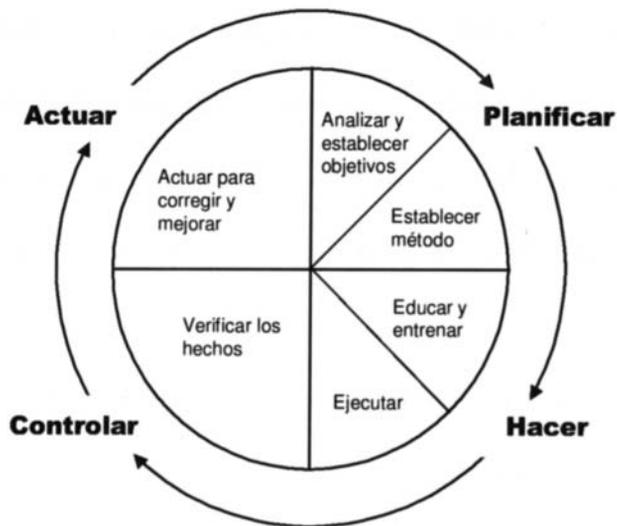
Por lo tanto, la Mejora Continua persigue la corrección y prevención de errores y que las cosas se hagan cada vez mejor, mediante la participación de todo el personal en grupos de trabajo y mediante el aprovechamiento de todas las oportunidades de mejora; consiste en una cultura, un modo de ser y hacer, un conjunto de valores, normas y roles que son asumidos por el personal; y para instituirlos se crean plataformas (círculos de calidad) y canales (procedimientos) que facilitan que cada oportunidad de mejora detectada pueda ser transmitida para su implantación.

El objetivo de la mejora continua es la búsqueda de la “Excelencia”: un proceso sin fin, que implica una “planificación adaptativa” necesaria, efecto de la evaluación de los resultados obtenidos, y de la introducción de los correspondientes ajustes en la planificación estratégica de la organización. El carácter inalcanzable de la excelencia, funda el espíritu que mantiene a la organización, sea del tipo que sea, siempre atenta al entorno, a las necesidades de nuestros usuarios, y a sus propios recursos y capacidades, con el empeño de mejorar continuamente y adaptarse a los diferentes escenarios a los que se enfrenta. Escenarios y entornos, que en la práctica del Trabajo Social, comprobamos que son siempre cambiantes.

## CICLO PDCA

El proceso de la mejora continua se pone de manifiesto en la imagen adjunta, esquema que se conoce como ciclo de Deming o Ciclo PDCA (Plan – Do – Check Act). El Ciclo PDCA representa un proceso circular que no tiene fin porque la última etapa da paso a la primera. A pesar de ser conocido por Deming, su principal impulsor, en realidad fue definido por Shewhart, quien lo considera como: “un proceso metodológico elemental, aplicable en cualquier campo de la actividad, con el fin de asegurar la mejora continua de dichas actividades”.

Figura 2. Ciclo PDCA



Fuente: Ishikawa, 1993, adaptación.

Se trata de una acción cíclica que consta de cuatro fases fundamentales, de cada una de las cuales podemos extraer unos procesos, e identificar unas herramientas que nos ayuden a implementarlos:

**P : PLAN : PLANIFICAR**

**PROCESOS A REALIZAR**

**HERRAMIENTAS**

---

Encontrar temas que necesiten mejora.	Previa selección de un equipo de mejora se pasa una autoevaluación.
Seleccionar uno de ellos.	Ante los resultados de la autoevaluación el equipo de mejora propone unos criterios de selección.
Redactar objetivos.	El equipo de mejora forma una comisión “limitada” con los profesionales implicados y redacta unos objetivos que deben ser operativos, bien temporalizados y muy concretos.
Recoger datos sobre situación actual.	Hoja de recogida de datos y confeccionar un histograma.
Analizar los datos recogidos.	Reunidos el equipo de mejora y los profesionales implicados analizan los datos y revisan los objetivos propuestos.
Identificar todas las causas posibles.	Tormenta de ideas, diagrama causa-efecto.
Relacionar aquellas causas reales.	Diagrama de Pareto y Diagrama causa-efecto.
Determinar medidas correctoras.	Reunidos el equipo de mejora y los profesionales implicados analizan los diagramas y determinan las medidas.

---

**temas de interés profesional**

**D : DO : HACER**

**PROCESOS A REALIZAR**

**HERRAMIENTAS**

Comprobar las soluciones propuestas.

Formar al personal que trabaja en dicho Proyecto o Plan de mejora.

Aplicar medidas correctoras.

Verificar que se están aplicando de forma correcta.

Realizar una evaluación del proceso.

Modificar aquellas medidas cuyos resultados no sean todo lo positivos que se esperaban.

Búsqueda de indicadores.

Anotar y registrar lo realizado.

Hoja de recogida de datos.

Resultados.

Informe de los participantes en el Proyecto y finalmente el equipo de mejora redactará las conclusiones del Proyecto.

**C : CHECK : COMPROBAR**

**PROCESOS A REALIZAR**

**HERRAMIENTAS**

Verificación del resultado de las medidas a través de la comparación y el análisis.

Comparar lo diseñado con el resultado.

Diagrama de Pareto.

Analizar a fondo los efectos más logrados.

Diagramas de dispersión y de correlación.

Contrastar los diagramas.

Puntos agrupados en línea recta o curva existe relación.

**A : ACT : ACTUAR**

**PROCESOS A REALIZAR**

**HERRAMIENTAS**

---

Se confirma la fase PLAN: El éxito se ha logrado experimentalmente.

El Equipo de Mejora analiza los resultados obtenidos y los considera satisfactorios.

---

Estabilización del Plan.

Una vez que se han considerado satisfactorios, revisa aquellos puntos susceptibles de normalizar para el funcionamiento de la organización.

---

Normalización del Plan.

Se plasma el Proyecto logrado para su generalización, según la índole del Proyecto desarrollado.

---

No se confirma la fase PLAN.

Volveríamos a reiniciar el Ciclo P D C A.

---

## CÍRCULOS DE CALIDAD

Otra herramienta para la Mejora Continua son los Círculos de Calidad. Por círculo de calidad se entiende un grupo entre tres y quince personas, si bien suele oscilar entre siete y doce, que trabajan en un objetivo laboral común o trabajan en el mismo equipo. Las personas de este grupo, cuya participación es voluntaria, se reúnen habitualmente en sesiones breves (una vez por semana), en horas de trabajo, con el objetivo de identificar, analizar y proponer soluciones a problemas relacionados con su trabajo cotidiano. El círculo de calidad tiene un líder, habitualmente elegido por el grupo. Los integrantes del grupo han de tener una formación técnica previa sobre métodos, estadísticas, análisis y solución de problemas, dirección de reuniones y presentación de informes, etc.

Los Círculos de Calidad funcionan en un contexto cultural en el cual el concepto de Organización tenga en cuenta la capacidad creativa humana, la posibilidad de que el integrante del equipo participe en el diseño de propuesta de mejora de los objetivos comunes de grupo.

Los círculos proponen a la dirección soluciones, y la dirección decide si las implanta o no. Principalmente estas soluciones están dirigidas a la mejora y la calidad del servicio prestado, a la mejora de la participación de los trabajadores y la mejora de las condiciones de trabajo.

La duración del círculo vendrá determinada por el cansancio de los participantes y por la implantación y eficacia de las propuestas y soluciones dadas para los distintos problemas. No obstante, existe una modalidad en la que la vida del círculo está limitada a la búsqueda de una solución para un problema determinado. Una vez enmendado el problema, el círculo queda disuelto automáticamente.

Debemos tener en cuenta que los círculos de calidad implican un entrenamiento prolongado en técnicas e instrumentos para resolver problemas, y sus principios son tres:

- El trabajo en grupo es algo esencial, y la identidad de la persona está, en gran medida, determinada por el grupo o grupos a que pertenece.
- Nadie puede conocer mejor el trabajo que aquel que lo realiza a diario.
- La mejor idea de uno es siempre inferior a la idea del grupo.

Los círculos de calidad pretenden mejorar la calidad del servicio y la calidad de vida en el trabajo, incrementando el grado de participación de los trabajadores en la administración de la organización, y bajo la firme creencia de que el trabajo en equipo fomenta la satisfacción y la creatividad individual. En este sentido, los círculos de calidad son una fuente de motivación y de satisfacción en el trabajo, ya que toda idea nacida en el grupo de compañeros impacta de forma mucho más enérgica en el comportamiento individual, que la mejor intervención establecida por la dirección. Es satisfactorio utilizar la propia creatividad para diseñar propuestas de mejora, y así poder atribuirse el éxito derivado.

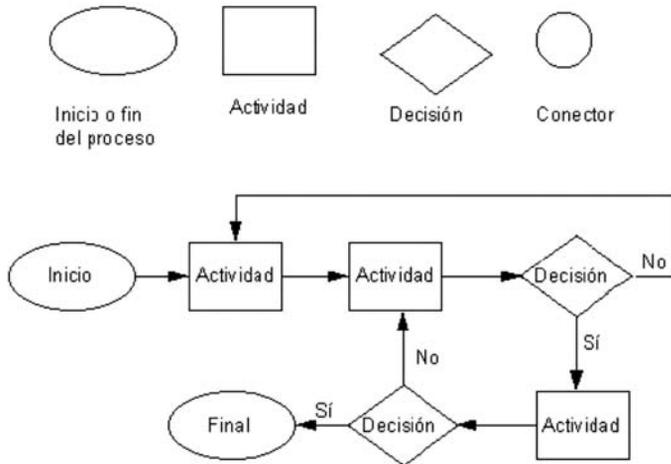
El proceso fundamental de los Círculos de Calidad para la solución de problemas, es el siguiente:

- Identificación del problema.
- Análisis del problema y recopilación de información.
- Búsqueda de soluciones.
- Selección de una solución.
- Presentación de la solución a la gerencia o dirección.
- Ejecución de la solución.
- Evaluación de la solución.

## **TÉCNICAS MÁS HABITUALES**

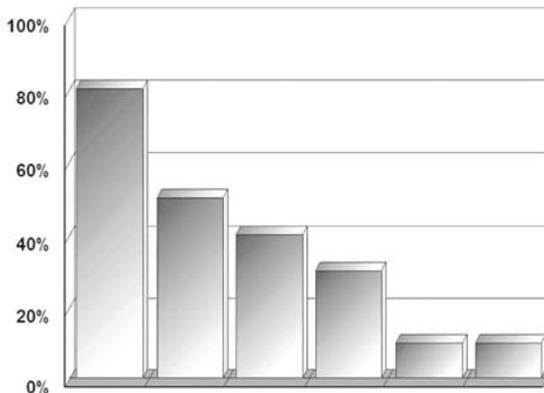
Las técnicas fundamentales utilizadas en los Círculos de Calidad y en el Círculo de Deming, diseñadas para aplicar mejor estas herramientas, son técnicas dominadas por los trabajadores sociales, y muy implementadas en su práctica diaria:

- Improvisación de ideas en grupo. “Brainstorming”: técnica donde se procura que los participantes den el máximo número de ideas sobre un tema propuesto, importando no la calidad de las mismas sino su cantidad, y procurando que las ideas sean originales y creativas.
- Diagramas de flujo. Esta herramienta de planificación se utiliza para: Analizar el flujo de trabajo en los diversos procesos, producir una “imagen” visual de un proceso, haciéndolo sencillo de entender, discutir y comunicar, e identificar oportunidades para mejorar los procesos. **Figura 3. Diagrama de flujo:**

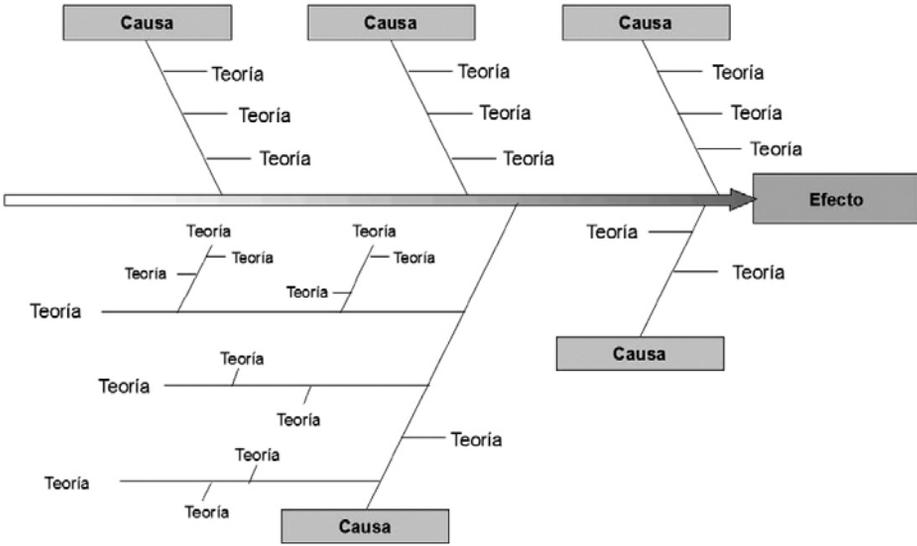


- Análisis de Pareto. Técnica que permite ordenar gráficamente los valores del más al menos frecuente, que se basa en el principio de que el menor porcentaje de causas, hacen el mayor porcentaje de efectos o problemas. **Figura 4.**

**Análisis de Pareto:**

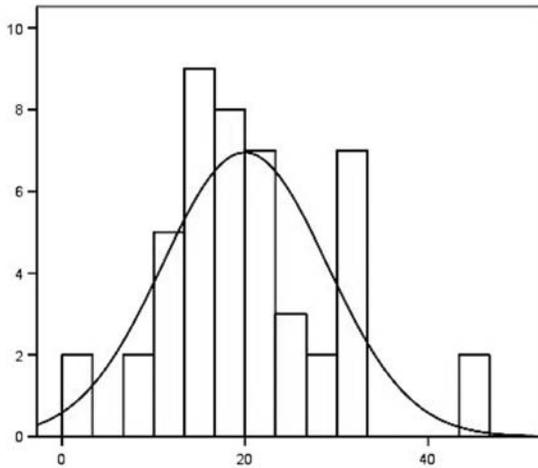


- Diagramas de causa y efecto. Este diagrama es una representación gráfica de la relación que existe entre las causas potenciales de un problema o efecto y el problema o efecto mismo. Habitualmente adopta la forma de la figura, por lo que también se le conoce como “Espina de Pez”. **Figura 5. Diagrama causa-efecto:**

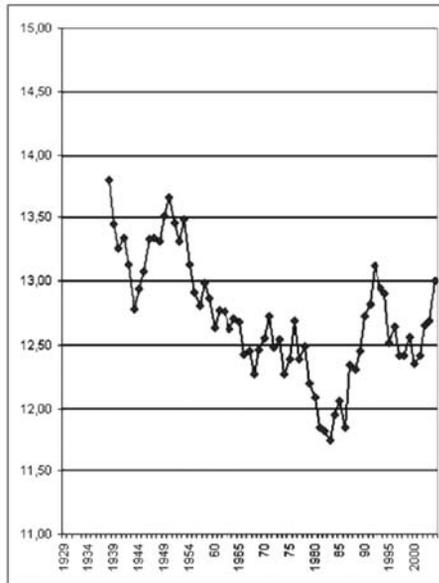


- Histogramas. El histograma es una representación visual de los datos en el que pueden observarse más fácilmente tres propiedades esenciales de una distribución: Forma, tendencia central y dispersión o variabilidad. **Figura 6.**

**Histograma:**



- Gráficas de tendencias. Ampliamente usados en el sector servicio. Son gráficas sencillas que muestran las tendencias, en las que el tiempo se grafica horizontalmente y la característica es graficada verticalmente. **Figura 7. Gráfica de tendencias:**



- Hojas de verificación. Es un formato preimpreso en el que aparecen los aspectos a registrar, de tal manera que los datos puedan recogerse fácil y concisamente. Facilita la recolección de datos e indica su origen.

## **NORMALIZACIÓN Y DOCUMENTACIÓN GENERADA**

Con la normalización se pretende conseguir que todo el mundo haga las cosas siempre de la misma manera y que salgan bien a la primera, en definitiva: consiste en estandarizar los procesos y productos, y ello implica escribir los procedimientos, instrucciones de trabajo y protocolos, ello incrementa la seguridad del usuario y del profesional, racionaliza los procesos internos de la organización, elimina actividades innecesarias, y aumenta la objetividad de la evaluación.

Este hecho nos lleva de nuevo a la reflexión de que, cada vez más la normalización de la intervención psicosocial debe ser un elemento previo y esencial del desarrollo de los Servicios Sociales, así como de su mantenimiento, asumiendo que su ausencia puede tener importantes repercusiones en los resultados que proporcionen dichos servicios. Por tanto, resulta prioritario llegar a los consensos necesarios que permitan aunar esfuerzos y conocimientos y logren, en definitiva la óptima calidad de los ámbitos laborales en los que desarrolla su trabajo el trabajador social.

En la Figura 1, señalábamos como punto débil de un sistema de calidad, la documentación excesiva que se genera al implantarlo, y constituye uno de los problemas principales que más temor y dificultades genera a las organizaciones y a los trabajadores implicados. Uno de los temores más habituales es que el “Sistema de Calidad” se quede en el papel y no se lleve a la práctica. No obstante la importancia que se le otorga a la documentación de un Sistema de Calidad es exagerada, y es importante tener en cuenta que si el sistema está correctamente planificado, ha de ser sencillo, y no debe convertirse en una maquinaria burocrática generadora de papel, y simplemente ha de tener en cuenta los cuatro niveles desarrollados en el esquema siguiente:

**Figura 8. Niveles de documentación del sistema de calidad:**

NIVEL I	MANUAL DE CALIDAD	Política de calidad, estructura, gestión de las responsabilidades, etc.
NIVEL II	PROCEDIMIENTOS	Desarrolla el Nivel I, asignando quién hace qué, cuándo se hace y cómo se documentan las actividades de los procesos
NIVEL III	INSTRUCCIONES Y PAUTAS DE TRABAJO	Desarrolla cómo se realizan las acciones
NIVEL IV	REGISTROS Y FORMATOS	Contiene las evidencias y los mecanismos de control que muestran los resultados y el cumplimiento de los requisitos

La calidad total en una organización, debe ser el nervio y motor de su acción, implica tanto a integrantes del equipo o la organización, los proveedores de servicios u organizaciones con las que entramos en relación profesional, y como no, a los usuarios de los servicios. Su fundamento es la mejora, no un incremento de burocracia ni de papel escrito. Sus cimientos son: el trabajo bien hecho, la responsabilidad y compromiso individual por la calidad, el trabajo en equipo, la comunicación, información y participación, la prevención del error o de una mala intervención con el usuario, la fijación de objetivos de mejora, el seguimiento de resultados, es el establecimiento de indicadores de gestión, y la satisfacción de las necesidades del usuario. Para ello es de gran utilidad el correcto manejo de las herramientas que nos faciliten un proceso de Mejora Continua.

## **BIBLIOGRAFÍA**

---

Saturno, P.J.; Quintana, O.; Varo, J.;  
¿Qué es la calidad? Tratado de Calidad  
Asistencial en Atención Primaria, Dupont  
Pharma, España, 1997.

Juran, J.M.; Gryna, F.M.; Bingham, R.S.  
Manual de Control de la Calidad, Ed. Reverté,  
España, 1990.

Gonzalo, E.; Val, A.; Flo, A.M.; Moragas, R.;  
Sánchez, R.; de Martí, J.  
V Jornadas de Derecho y Obligaciones legales  
de la Residencias Geriátricas. Regulación del  
Personal, España, 2000.

Lamprecht, J. Guía Interpretativa de ISO  
9001:2000 con énfasis en la metodología  
estadística, Ed. Panorama, México, 2000.

Hitoshi, K. Herramientas Estadísticas Básicas  
para el Mejoramiento de la Calidad, Ed.  
Norma, Colombia, 1992.

Edwards Deming, W. Calidad, productividad y  
competitividad: la salida de la crisis, Ediciones  
Díaz de Santos. Madrid. 1989.

Martín Castilla, J.I. "El Modelo EFQM de  
Excelencia como referente en la Modernización  
de la Administración Pública Española", UAM,  
Madrid. 2001.

# LA FORMACIÓN EN TRABAJO SOCIAL CON PERSONAS MAYORES

**Fernando González y Galán**

Personal Docente y de Investigación en la Universidad de Salamanca.

Doctor en Sociología, Licenciado en Sociología, Diplomado en Trabajo Social.

## RESUMEN

*Existe un déficit en la formación del Trabajo Social con personas mayores. Carencias que han sido puestas en evidencia con la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (en adelante Ley de Dependencia), que se han unido al ya conocido Programa Individual de Atención (PIA). A partir de la presentación del problema y de un caso a modo de ejemplo de los muchos que se pueden contemplar, el artículo de reflexión pone el acento en la necesidad de abordar tres frentes: el formativo, la dotación de posibilidades y su aplicación concreta en cuanto a disposición de medios. Ello aprovechando las ventajas ya pautadas no sólo por la Ley de la Dependencia sino por el Programa Individual de Atención (PIA).*

## PALABRAS CLAVE

Formación. Intervención. Recursos.

Resulta frecuente en nuestro área de Trabajo Social ver como los profesionales son, o bien funcionarios que ejecutan las normativas vigentes en la atención a personas mayores, o bien profesionales del área privada que sufren las carencias de medios, y lo que es peor, de formación para afrontar con éxito la intervención profesional con este colectivo. Existen tres áreas de intervención (física, psíquica y social) con los mayores en las cuales los trabajadores sociales deben, como una de las tareas, motivar e involucrar, a personas de su entorno formales e informales responsables del cuidado de los mayores. Se trata de que se ejecute como una de las tareas fundamentales del Trabajo Social la de involucrar, concienciar y conseguir que los mayores dispongan de una vida lo más digna posible.

Para ello es necesario que las administraciones públicas pero también las entidades privadas que llevan a cabo intervención y asistencia con personas mayores desarrollen una programación reglada que permita a los trabajadores sociales adquirir la formación suficiente como para resolver las distintas situaciones con los que se encuentran en el ámbito de su intervención. Son lamentablemente frecuentes los casos de personas mayores que ingresan en una residencia (para válidos y asistidos) y siendo válidos se los abandona a su suerte por familiares y responsables institucionales limitándose toda la atención a la alimentación y la higiene, convirtiéndose al poco tiempo en dependientes. Una mayoría de directores de residencias privadas y personal de las mismas, desconocen completamente las aportaciones de la especialidad o mejor dicho de la práctica geriátrica moderna y si las conocen, en modo alguno las aplican. Y los trabajadores sociales en muchos casos con la simple formación que recibieron durante la carrera universitaria se quedan en la amable voluntariedad. Ello salvo en contadas y admirables excepciones que por su cuenta buscan siempre adquirir una correcta formación profesional.

La geriatría moderna nace en los años 40 en el Reino Unido gracias a la intuición de Marjorie Warren. Enfermera supervisora y posteriormente graduada en Medicina. Warren observó en las salas de crónicos de los hospitales donde trabajó, que existían muchos ancianos con enfermedades no diagnosticadas ni tratadas. Demostró que muchos de estos ancianos crónicos e inválidos, tras una correcta valoración y unos cuidados clínicos y de rehabilitación adecuada, obtenían grandes recuperaciones que les permitían integrarse de nuevo con su familia o en la comunidad. El conocimiento consciente de las aportaciones de Marjorie Warren es en muchos casos desconocido y en la mayoría de las ocasiones en modo alguno se desarrolla.

Pondré un ejemplo. Una mujer mayor, válida, de 76 años. Se quedó viuda a los 75 años y vive sola en casa. La mujer tiene dos hijos y una hija ya mayores, de 40

y 42 años los hijos y 44 años la hija. Los tres están casados y de ello la anciana tiene siete nietos. Sin embargo, se encuentran fuera de la ciudad trabajando en sus negocios y sólo pueden visitar a su madre los Domingos. En cambio los periodos de vacaciones tales como Navidad, Semana Santa y Verano (julio, agosto y septiembre) los pasan en un pueblecito de la costa mediterránea junto con la abuela. Pues bien, a los 76 años la abuela sufre una pequeña caída y los hijos deciden contratar a una persona para acompañar en los paseos. Habitualmente realiza dos paseos al día con acompañante cada uno de 30 minutos, por la mañana y por la tarde. Todos los días de Lunes a Sábado la acompañante recoge a la persona mayor a las 11 horas de la mañana realiza un paseo de unos 15 minutos hasta el Centro de Día donde la persona mayor se reúne con otras amistades y realiza diferentes actividades. A las 13 horas de la tarde la anciana es recogida por la acompañante y tras pasear durante otros 15 minutos regresa a su domicilio. Tras la comida y la siesta sobre las 17 horas de la tarde la acompañante de nuevo pasea con la persona mayor, esta vez hasta un hogar de mayores que pertenece a la parroquia e iglesia del barrio. Allí pasa la tarde hasta las 20 horas que regresa de nuevo a su domicilio.

Este ritmo de vida se mantiene durante cinco años desde los 76 hasta los 81 años. A los 81 años la abuela comienza a quejarse de un pequeño dolor en la espalda y manifiesta no poder caminar con la frecuencia habitual. Los hijos se reúnen y deciden ingresarla en una residencia. Ingresas como válida. En la residencia le atienden básicamente en todo lo referido a la alimentación e higiene personal y el cuidado de la habitación. Pero no le ofrecen ningún servicio de rehabilitación, ni atienden su pequeña dolencia en la espalda. En ausencia de movilización, a los pocos días la abuela comienza a perder masa muscular, los músculos se atrofian y no puede ya apenas caminar.

La abuela entró a la residencia pesando 62 Kg., y la pérdida de masa muscular la han llevado a quedarse en 51 Kg., en apenas dos meses. La acompañante habitual de la señora, que ha estudiado medicina y se encuentra realizando su especialidad en geriatría, la visita en alguna ocasión. Alarmada por la falta de atención en cuanto a la rehabilitación, decide hablar con los familiares que no hacen ningún caso, más tarde habla con la directora de la residencia la cual sonríe abiertamente pero no ofrece ninguna solución y finalmente decide hablar con la trabajadora social del centro la cual expresa no poder hacer nada al respecto ya que la residencia no dispone de un servicio de rehabilitación y no tiene intención de integrarlo. Por otro lado, la acompañante propone la posibilidad de contratar personal especializado para la rehabilitación por parte de la familia o que la persona

mayor sea trasladada a un centro de rehabilitación cinco días a la semana, sin embargo, la trabajadora social responde que sin la voluntad de la familia y sin el apoyo de la dirección de la residencia no se puede llevar a cabo la iniciativa. Finalmente, la acompañante, resignada decide abandonar toda esperanza de recuperar a la persona mayor que acompañaba. Al año de ingresar en la residencia la mujer fallece a los 82 años, porque los músculos del aparato respiratorio ya no pueden realizar más su función en ausencia de masa muscular y en consecuencia por atrofia de los músculos. Con una rehabilitación la mujer que entró con 81 podía haber logrado, en contra de lo que se piense, una calidad y cantidad de vida notablemente superior.

Conversaciones con distintos trabajadores sociales reconocen que el trabajo con personas mayores es muy gratificante pero con frecuencia denuncian la falta de formación continua y la dejación por parte de las autoridades y responsables institucionales en relación a crear una reglamentación de obligado cumplimiento por un lado, en cuanto a la formación recibida por los trabajadores sociales y segundo con relación a la obligación de crear unos servicios básicos, entre los que deben figurar los de rehabilitación. De hecho la movilidad pasiva y activa funcional y psicológicamente rejuvenece entre 10 y 15 años en comparación con las personas mayores sedentarias de la misma edad. La práctica regular de ejercicio protege, significativamente, frente a muchos trastornos físicos asociados con el envejecimiento (Antón Antón, V. 1999).

La Ley para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia ha puesto de manifiesto notables carencias que principalmente los trabajadores sociales de los centros residenciales privados deben ir tratando con unos medios precarios, en palabras de un trabajador social “a salto de mata”. Por otro lado, según el artículo 18.12 del Decreto 284/96, modificado por el decreto 176/2000, todos los establecimientos residenciales así como los centros de día deberán disponer de un programa individualizado para la realización de los objetivos de atención a las personas mayores bien sean residentes o usuarios de día. Sin embargo, aquí de nuevo los trabajadores sociales se ven ante una problemática que les desborda.

Si tenemos en cuenta algunas de las recomendaciones sobre el contenido mínimo del Programa Individual de Atención (PIA), observaremos que tenemos cinco bloques para los que los trabajadores sociales que trabajan con personas mayores deben adquirir una adecuada formación. El primer bloque tendría que ver con los datos identificativos, por un lado, de la persona mayor y por otro del personal que trabaja con ella (a modo de recursos formales) y de las personas que forman par-

te del ámbito familiar y de amigos (a modo de recursos informales). En principio, este bloque podría considerarse como un mero trámite en el que recoger nombre y apellidos, lugar de nacimiento o edad. Sin embargo, debe ser considerado como el bloque básico a partir del cual podrán construirse, los restantes cuatro bloques. Ello, porque de los recursos de que se disponga y que son identificados en el primer bloque van a permitir realizar con éxito la atención individualizada.

En el segundo bloque se realiza una valoración inicial de la persona mayor, en el se recogerían las áreas médica (estado de la salud y psíquica), funcional (capacidad para desenvolverse, movilización, caminar, etc.), cognitiva (pensar, percibir, comprender, ubicación espacio temporal), social (amigos, vecinos, familiares, capacidad de relación respetando su personalidad).

En el tercer bloque se establecerían los objetivos a conseguir durante los tres primeros meses para posteriormente adoptar un plan de mantenimiento permanente. Estos objetivos tendrían que ver con el ámbito preventivo, asistencial y educativo. Ello en función de las necesidades específicas de cada persona mayor.

Como cuarto bloque se determinarían las actividades concretas para conseguir una salud física, psíquica y social correcta e independiente en la medida de lo posible.

Por último, el quinto bloque, la evaluación del trabajo realizado, donde se llevan a cabo todas las mejoras y rectificaciones que se estimen pertinentes.

Con un abordaje integral como el que se ha mostrado, casos como el relatado no se repetirían más. La administración, las entidades privadas y los profesionales deberían asumir un mutuo compromiso de formación continua, apoyo, ejecución y revisión constante de las actividades conducentes, por ejemplo, a evitar la atrofia muscular por falta de un adecuado plan de rehabilitación y así impedir la inmovilización y situación de dependencia de la persona mayor.



*El Retiro (Madrid), 1996. Luis C. Zamora*

# El asesor jurídico del Colegio responde

---

## LOS EFECTOS DE LA DECLARACIÓN DE NULIDAD DEL I CONVENIO MARCO ESTATAL DE ACCIÓN E INTERVENCIÓN SOCIAL

Juan Ignacio Álvarez Fernández

Abogado

El Tribunal Supremo ha confirmado recientemente, en su sentencia de fecha 1 de marzo de 2010, la nulidad del I Convenio Colectivo Marco Estatal de Acción e Intervención Social, por entender que la única asociación empresarial que lo había suscrito carecía de legitimación para negociarlo por sí sola y para llegar a un acuerdo dentro de la comisión negociadora, y ello, teniendo en cuenta el número de empresas que representaba, el número de trabajadores ocupados por ellas, y el porcentaje de ambos, trabajadores y empresas, en relación con el total del sector.

Sin entrar a comentar los argumentos recogidos en la sentencia hay que destacar su trascendencia. El convenio, en definitiva, venía a establecer unos mínimos que deberían ser recogidos en los convenios colectivos que se firmaran posteriormente entre los representantes de empresarios y trabajadores, tal y como se hizo en la Comunidad de Madrid, aunque posteriormente se declarara también la nulidad de dicho convenio, por la sentencia del Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de Madrid, Sala de lo Social, sec. 1ª, de fecha 25 de febrero de 2008. Estos convenios colectivos que debían desarrollar los contenidos del convenio eran aquellos que, regulados en el Estatuto de los Trabajadores son conocidos como “convenios estatutarios”.

Sin ánimo de ser demasiado preciso, y a los efectos que ahora me interesa exponer, un convenio es estatutario cuando su contenido debe ser aplicado en un determinado ámbito funcional y geográfico, por todas aquellas empresas incluidas en los referidos ámbitos, y ello, con independencia de que dichas empresas lo hayan negociado o no.

Lo que ha establecido la sentencia del Tribunal Supremo es, precisamente, que el Convenio declarado nulo no reúne los requisitos para ser considerado un Convenio Estatutario, lo que supone que no es aplicable a todas las empresas que realizan las actividades recogidas en su ámbito funcional dentro de su ámbito geográfico. Pero eso no implica que el convenio marco referido o cualquier otro declarado nulo carezca de efectos. En todo caso, un Convenio Colectivo declarado nulo por no reunir los requisitos para ser considerado estatutario, en principio sigue teniendo validez entre las partes que lo negociaron y sus representados.

Además del supuesto referido en el párrafo anterior, pueden darse otros en que parte de lo establecido en Convenio Colectivo declarado nulo puede seguir vigente más allá de la resolución judicial que así lo declare. Un ejemplo de ello sería aquella situación en que las empresas, inicialmente obligadas a aplicar unas determinadas tablas salariales siguen aplicando éstas, durante un tiempo significativo, y con posterioridad a la declaración de nulidad. A partir de la declaración de nulidad del Convenio Colectivo ya no están obligadas a aplicar dichas tablas salariales, por lo que, si lo siguen haciendo, podría llegarse a considerar por un Juzgado que se ha generado un derecho a favor de los trabajadores afectados, una condición más beneficiosa que el empresario quedaría obligado a mantener. Otro supuesto al que podría ser aplicable la misma consecuencia sería aquel en que un contrato de trabajo individual expresara que la relación laboral se regiría por un convenio de-

clarado nulo previamente, o aquel otro en que, estableciéndose en el contrato dicha sumisión a un convenio aún no declarado nulo, aquel es prorrogado tras dicha declaración sin realizar ninguna matización al respecto.

Los supuestos son interminables, y de los matices que concurren en cada uno de ellos, puede depender que, en caso de conflicto entre empresa y trabajador, un tribunal reconozca la vigencia de determinadas condiciones de trabajo recogidas inicialmente en un Convenio declarado nulo, y ello, no por que así lo establezca dicho Convenio sino porque las partes han considerado válido total o parcialmente su contenido en el ámbito limitado de su concreta relación laboral.



*El Retiro (Madrid), 1996. Luis C. Zamora*

# APORTACIONES AL BORRADOR DEL PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2009-2011

## DEFENSA DEL MODELO COMUNITARIO Y ASPECTOS GENERALES DEL PLAN

**Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid**

El Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid (CODTS de Madrid) ha defendido siempre, en consonancia con otros colegios profesionales y asociaciones científicas, el modelo de atención comunitaria en salud mental que reconoce el borrador presentado. Dicho modelo implica una organización territorializada de la atención, con equipos multiprofesionales en los centros de salud mental como eje de todo el proceso asistencial. Modelo que sigue las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006. Igualmente las recomendaciones Europeas van en esta misma línea.

Deseamos que las nuevas estructuras organizativas que se plantean desde la Consejería de Sanidad no afecten negativamente a este modelo asistencial ya consolidado, sino que lo mejoren. En este sentido consideramos, en la línea que el mismo Plan expone, que en el desarrollo del mismo debe tenerse en cuenta:

- Que cualquier sistema de libre elección de servicios debe previamente garantizar la igualdad y la equidad en el acceso a los mismos. La inexistencia de servicios equitativamente distribuidos, sin un desarrollo territorial equilibrado, es incompatible con la libertad de elección, ya que puede generar colectivos excluidos de las prestaciones, el Plan debe garantizar, desde la Oficina de Salud Mental, esta equidad.
- Así mismo la libertad de elección de algunos profesionales del sistema sanitario debe ser compatible con el trabajo en equipos multiprofesionales que es la base de la concepción bio-psico-social de la salud defendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Por último cualquier reorganización de las estructuras de atención debe ser sinérgica y coordinada entre las distintas instituciones públicas implicadas (Servicios Sociales Municipales, Concejalías de Sanidad de los Ayuntamientos, Consejería de Familia y Asuntos Sociales, Consejería de Sanidad...).
- **Es muy importante que se trabajen las dificultades que puedan generarse al compaginar la Continuidad de Cuidados con la libertad de elección de profesional y el Área Única, ambas ideas aparecen como ejes del Plan y su interrelación genera dificultades operativas que deberían concretarse para poder solventarlas.**

En el desarrollo de este modelo el CODTS de Madrid ofrece su colaboración a la Consejería de Sanidad. El conjunto de trabajadores sociales sanitarios que desarrollan su labor en la red de salud mental destaca por su actividad y colaboración con el Colegio Profesional. Los colegios profesionales como parte de la sociedad civil son y deben ser, parte activa en el desarrollo e implementación del modelo de atención a la salud mental de la ciudadanía.

En cuanto a los aspectos generales del Plan consideramos que, aunque el mismo lleve el adjetivo de “estratégico” debería, por lo menos, indicar una línea de trabajo para futuros planes. Considerando el borrador de Plan como una estrategia a seguir, creemos que:

- Debería llevar asociada una memoria económica y una partida presupuestaria que permitiera saber la posibilidad real de desarrollo de los recursos que plantea.
- Debería desarrollar una calendarización de los objetivos.

- Sería positivo avanzar en la línea de un Plan consensuado también políticamente, que contará con el respaldo de la Asamblea de Madrid y pudiera tener una continuidad en el tiempo, más allá de las legislaturas concretas.
- Sería también conveniente que se acordara con las organizaciones sindicales una política de personal que permitiera la homogeneización laboral de los recursos humanos y solventara las dificultades que la red de salud mental tiene dada las distintas vinculaciones y condiciones laborales de sus profesionales (laborales, funcionarios, estatutarios, temporalidad, movilidad, desigual carrera profesional...). Estos aspectos son importante que aparezcan en un Plan ya que afectan directamente al desarrollo de sus objetivos.
- Un Plan de Salud Mental debe ir más allá de una organización de la actividad sanitaria, debe incluir e incluye objetivos dirigidos a la sociedad en general y a otras administraciones (lucha contra el estigma, exclusión social, participación, empleo...). Por ello debe darse cabida e incluir en el desarrollo del mismo a otros organismos y consejerías (Educación, Empleo y Mujer, Economía y Hacienda, Vivienda, Inmigración), lo socio-sanitario va más allá de una coordinación Sanidad-Servicios Sociales.
- Sería positivo elaborar una evaluación del Plan anterior, con sus puntos fuertes y débiles y con las medidas a implementar nuevas para su mejora, ignorar o negar lo que se ha consolidado y alcanzado, puede llevar de nuevo a cometer errores y volver a etapas anteriores.

## **PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS**

En la página 88, se habla del programa de Continuidad de Cuidados, este fue definido en el anterior Plan, vigente en la actualidad. Dicho programa elaborado por un grupo de profesionales de la red pública, supuso un modelo único para toda la comunidad, con un marco teórico y un material específico (carpetas de datos para guardar en historia clínica, cuestionario de evaluación de necesidades, hoja de objetivos, hoja de evaluación y base de datos informática). Este programa está implantado en todos los Servicios de Salud Mental y su desarrollo ha estado supeditado no al modelo consensuado sino a la falta de incremento de técnicos de grado medio que permitiera asumir más casos. El Plan reconoce esta necesidad de incrementar la dotación de personal y la importancia del programa como eje de la atención a la población con enfer-

medad mental grave y crónica. Sin embargo proponemos se tengan en cuenta algunos aspectos a mejorar:

En el Plan no se hace mención al Programa de Rehabilitación de los Centros de Salud Mental (CSM). En la actualidad la rehabilitación y la continuidad de cuidados son dos prestaciones que se aglutinan en torno a un único Programa. Por ello consideramos que la denominación del mismo debe ser: Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados. La rehabilitación es una prestación sanitaria reconocida por nuestro marco legislativo y como tal debe desarrollarse dentro de un programa con objetivos y actividades concretas. Consideramos fundamental vincular la rehabilitación psicosocial con la continuidad de cuidados, permitiendo una visión integral de la atención a la Enfermedad Mental Grave y Crónica (EMGC).

La unión del programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados, estaba apoyado (en el Plan anterior y es así como se desarrolla actualmente en los CSM), en premisas de orden práctico y teórico tales como:

- La población a las que se dirigen ambos programas es la misma.
- La rehabilitación como programa diseñado y prioritario en los servicios de salud mental desde sus inicios, no implica sólo el uso de recursos específicos, ni algunas técnicas determinadas, sino la respuesta integral e integrada que desde dichos servicios se da a las personas afectadas por enfermedades mentales graves y crónicas, que contempla tratamiento farmacológico, terapéutico, y evaluación de sus necesidades de carácter social y relacional que se han visto afectadas y por tanto un diseño de intervención, considerando la utilización de los recursos normalizados como la elección más adecuada y la mejor manera de luchar contra el estigma. La continuidad de cuidados, vinculada inevitablemente a la rehabilitación del paciente, supondría el acompañamiento y seguimiento de dicho plan individualizado a lo largo de la red tanto sanitaria como social. Sin perjuicio de que la continuidad de cuidados sea aplicable a la atención de otras patologías (trastornos de la conducta alimentaria, alcoholismo, trastornos límite de la personalidad...).
- Ante la falta de incremento en las plantillas, permitía dar una respuesta realista y completa sin dividir más los equipos.
- En muchos servicios de salud mental tienen programadas actividades de rehabilitación específicas para este grupo de población que intenta dar respuesta a sus necesidades (actividades grupales, grupos de familias...).

En cuanto a los profesionales implicados en el Programa de Continuidad de Cuidados (PCC): En el borrador del Plan se hace especial hincapié en la adecuación de los recursos de personal de enfermería (objetivo...), sin menoscabo de la labor importantísima de los enfermeros y enfermeras, consideramos que dicho objetivo debe ser extensible, como tal, a todos los profesionales que asumen la continuidad de cuidados de los pacientes con enfermedad mental grave y crónica (EMGC), entre los que se encuentran los trabajadores sociales.

La continuidad de cuidados en salud mental es eminentemente socio-sanitaria, más que en otros servicios sanitarios dada la estructura de la red de servicios (mixta entre Sanidad y Asuntos Sociales) y las necesidades de integración social de los pacientes. Todo ello implica un arduo trabajo de coordinación, asumido en gran medida por los trabajadores sociales de los dispositivos. Los trabajadores sociales asumen la labor de coordinador de cuidados de una proporción alta de pacientes, dada las características mencionadas. Por tanto la labor de los trabajadores sociales es imprescindible en estos programas como tutores cuando la problemática que presentan los pacientes son de índole social, al igual que las defensas de sus derechos y el uso y acceso a los recursos comunitarios. Esto no niega la participación de otros profesionales como Enfermería y Terapeutas Ocupacionales que, debido al contenido formativo diferente de las tres profesiones, son complementarias pero no sustituibles.

En el borrador del Plan se detalla la importancia de la enfermería en esta labor e incluso se enumeran algunas de sus funciones. Consideramos que las mismas no son sólo específicas de dicha profesión (psicoeducación, detección precoz, intervención domiciliaria, orientación, intervención con familias, coordinación con dispositivos específicos...) y que incluso algunas son propias de los trabajadores sociales (conexión con recursos sociales y seguimiento de la integración del paciente en los mismos). Consideramos que debe explicitarse las funciones de los distintos profesionales y no sólo mencionar a un colectivo. Las funciones mencionadas son asumibles por el profesional que realice la labor de continuidad de cuidados, entre los que se incluyen los trabajadores sociales y los terapeutas ocupacionales. Según el Plan de Salud Mental anterior: *“Objetivo. 3.2.3. Creación de la figura del Coordinador de Cuidados de Salud Mental. Será el profesional (fundamentalmente Enfermera/o y Trabajadora/or Social) responsable del Plan de Atención Integral del paciente y que actúa tanto como provisor directo de cuidados, como coordinador de los distintos profesionales y dispositivos que intervengan sobre el paciente y facilitando el acceso a los tratamientos de rehabilitación, de cuidados y de apoyo comunitario desde cual-*

*quiera de los dispositivos de la red especializada o socio comunitaria en general”. “Se proponen como coordinadores de cuidados: Diplomados en enfermería y Diplomados en trabajo social”.*

*Deberían establecerse criterios para valorar la asunción de la coordinación de cuidados por un profesional u otro. Según el Programa actual “Uno de los criterios para decidir qué profesional va a asumir la función de gestor, tendrá que ver con la incidencia de los problemas que plantea el paciente, si priman los de índole social, recaería sobre los trabajadores sociales. Si tienen que ver con adherencia al tratamiento cuidados de salud, en el personal de enfermería, y por último cuando las dificultades sean de índole instrumental en el manejo de su autonomía domiciliaria, serían los Terapeutas Ocupacionales”. “En cualquier caso es imprescindible que la Continuidad de Cuidados se considere una labor de equipo, y la asignación así como los posibles cambios de pacientes sea decidida dentro del propio equipo, así como las modificaciones en el Plan de Atención Integral (P.A.I). El trabajo en equipo garantiza la continuidad del tratamiento, cuestionado a veces por los movimientos de personal, bajas, vacaciones y demás avatares”.*

**La ratio de profesionales:** El Plan deja de manifiesto la importancia del Trabajo Social en el desarrollo de los distintos programas y unidades (Continuidad de Cuidados, infanto-juvenil, UHB...), asignando profesionales específicos a los mismos, pero sólo establece una ratio para el Programa de Continuidad de Cuidados: uno por cien mil. Consideramos, por los motivos antes expuestos, que dicha ratio es insuficiente y debería equilibrarse con la ratio de enfermería, por lo que expresamos, más allá de la propuesta, nuestra queja como Colegio Profesional. En otro caso debería reevaluarse la asignación de pacientes dentro del Programa, dada la sobrecarga que supondría para los trabajadores sociales, que asumen en gran medida la labor de coordinación con los dispositivos. Dada la complejidad de la red de atención, dicha labor, supone en la actualidad una sobrecarga de trabajo que supera en muchos momentos a la asistencia directa. Al establecerse asignación de profesionales por programas y unidades y una ratio específica al Programa de Continuidad de Cuidados (PCC), debería aclararse la dedicación de los profesionales (exclusividad, carga de trabajo...). Según el Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) “... La media de asistentes sociales del área de salud mental por 100.000 habitantes es de 8,64 (DE 25,37, mediana 0,3)... La cifra mediana de asistentes sociales por 100.000 habitantes oscila entre 0,04 en la Región de África y 2,35 en la Región de Europa. En los países con ingresos bajos la cifra mediana es de 0,03 por 100.000 habitantes, frente a 25,5 en los países con ingresos altos. Los asistentes sociales desempeñan un papel importante en la atención de salud mental y se necesita un mayor número de ellos para cubrir la asistencia comunitaria”.

La ratio que se estaba barajando en la Oficina Regional de Salud Mental para el incremento de plantillas de Técnicos de Grado Medio era para enfermería de uno por cada 40.000 habitantes y para trabajadores sociales de uno por cada 50.000; siendo esta más realista de cara a las necesidades que se presentan en los Servicios de Salud Mental y no la que se propone en el nuevo Plan.

En la página 88, se dice: “Se precisa una dotación *mínima* de personal de enfermería *especializado* y *entrenado* así como de trabajadores sociales *suficiente*”. Consideramos, en la línea ya expuesta, que hay una gran diferencia conceptual entre establecer mínimos, lo cual garantiza de alguna manera una atención dentro de estándares, y considerar suficiente una ratio de personal sin articular numéricamente. Por otro lado, la redacción parece omitir que los trabajadores sociales también deberían estar especializados y entrenados al igual que otros colectivos profesionales. Esta necesidad la tratamos posteriormente, en el punto correspondiente de nuestra exposición.

**Soportes documentales:** Es importante que en el Plan se reconozca el arduo y buen trabajo realizado en la unificación de los soportes documentales del PCC para toda la Comunidad de Madrid (carpeta de continuidad de cuidados, protocolos de derivación, escalas de evolución, trabajo informático). Dichos soportes, ya consolidados, deberían aparecer como anexos al Plan y potenciar su evaluación continua y mejora.

**Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) y Unidades Hospitalarias de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UHCPP):** En la página 8, se hace referencia a estas Unidades Hospitalarias de referencia regional, asimilándolas (comparándolas) con otras tales como Atención a sordos, equipo de discapacidad, etc. **Éstas Unidades están adscritas al vigente Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados, con unos protocolos específicos para su derivación, lo que implica unos requisitos para su acceso y alta, mecanismos de coordinación, zonificación por áreas, lista de espera y unos programas que deben dar respuesta a las necesidades de la población que atienden (enfermos mentales graves y crónicos). El dejarlas al margen del programa de rehabilitación y continuidad de cuidados, supone un retroceso en sus objetivos, que ya en un estudio se verificó, en relación con los ingresos efectuados en etapas anteriores, en las que su uso en muchos casos no estaba supeditado a criterios clínicos y de rehabilitación sino meramente custodiales con largas listas de espera.**

Otra mejora especialmente importante, fue que el área decidía los ingresos no por los tiempos de espera sino por la gravedad del caso, habiendo un mayor compromiso en el seguimiento y trabajo de alta del paciente al tener las camas asignadas. **Esta metodología de trabajo entra en contradicción con la página 50 (apartado 2) del Plan, cuando se habla del ingreso de los pacientes en estas unidades, sólo se recoge la necesaria indicación de su médico psiquiatra. Al hacer la derivación resulta imprescindible la aportación tanto del trabajador/a social como del coordinador de cuidados, fundamentalmente la del primero al que se le exige un informe detallado de la situación del paciente.** En este mismo apartado pareciera como si el proceso de ingreso pasara únicamente por la prescripción facultativa del psiquiatra obviando los procesos ya mencionados que se apoyan en la existencia de Comisiones de Rehabilitación de área que deciden si se eleva o no la propuesta de derivación a la Comisión de Evaluación de la Oficina Regional, la cual estima si se incluye o no en la lista de espera correspondiente, con criterios técnicos consensuados entre los profesionales que la constituyen. **Esta metodología de trabajo debe mantenerse dada su eficacia demostrada.**

En la página 115 (objetivo específico 1), se establece la aplicación de criterios objetivos para la asignación de camas. Dichos criterios son importantes, pero pueden convertirse en requisitos estáticos, no adecuados a los procesos del paciente. En la actualidad es cada área la que decide la prioridad, la misma, va fluctuando en función de cada paciente y del momento del proceso en el que se encuentre. Si hubiera mucha movilidad de plazas en las unidades esto sería posible, pero al establecer listas de espera la situación individual varía y por consiguiente la prioridad, y esto último, quienes lo conocen de primera mano son los profesionales que tratan directamente a la persona.

Observamos en la página 116 una cierta contradicción en la asignación de recursos, se dice que la oferta de camas de media estancia es suficiente y la oferta de camas de larga estancia es muy deficitaria. Pero según los datos que arroja este mismo borrador en su página 50, la lista de espera a fecha de abril de 2009 es: Media estancia (UHTR)-83 y Larga estancia (UHCPP)-77.

## COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y EN CONCRETO COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Echamos en falta en el Plan la existencia de un apartado específico sobre la coordinación con otras instituciones, más allá del Plan de Atención Social a personas con EMGC de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Creemos necesario dotar de contenido específico este trabajo. Ya en el Plan anterior existía un apartado específico, que sería totalmente asumible en la actualidad, que aparecía bajo el título de: “PROPUESTA DE COORDINACIÓN CON ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES SINÉRGICAS”.

Entre sus objetivos se encontraba el de:

*Potenciar la Coordinación con Servicios Sociales. La adecuada coordinación con los Servicios Sociales resulta esencial para el cumplimiento de funciones asistenciales de la Red Única de Salud Mental. Esto es especialmente decisivo en la resolución de los problemas relacionados con la reinserción social de los pacientes, que tanta influencia tiene en la evolución de la enfermedad y en la discapacidad.*

*1.5.1. Órganos de Coordinación. Se institucionalizará un Comité Técnico Socio-Sanitario Regional, donde estarán representados por sus técnicos: la Consejería de Servicios Sociales especialmente el Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica así como otros sectores (de mayores, discapacitados, niños, tutela, etc.), la Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, la Federación de Municipios Madrileños y la Oficina de Coordinación Regional de Salud Mental. Este Comité se reunirá tres veces al año como mínimo.*

*En el nivel de Área:*

- Una representación de la Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental del Área debe incluirse en la Comisión Sociosanitaria de esa Área.*
- Se impulsará el desarrollo de aquellas comisiones técnicas de los diferentes programas asistenciales que faciliten el trabajo en red. Concretamente en el campo de la atención a las personas mayores, a los niños y adolescentes, etc.*

*Cada año, tanto en el nivel Regional como en el de Área, se planificarán los servicios que cada organización prevé solicitar, con la finalidad de establecer objetivos consensuados sobre los mismos. Asimismo se revisarán los mecanismos de coordinación operativos, especialmente en el nivel de Área, para establecer las correcciones oportunas. Las propuestas procederían de las Comisiones Técnicas de Área y se trasladarían al Comité Técnico Regional.*

*1.5.2. Coordinación Sectorial.*

*Servicios Sociales Generales:*

*Objetivo: Potenciar y consolidar la coordinación con los Servicios Sociales Generales para facilitar el acceso de los enfermos mentales a prestaciones básicas de Información y Orientación, Ayuda a Domicilio, Rentas Mínimas, etc.*

*Medidas: Establecer acuerdos o convenios con los Servicios Sociales Municipales que permitan desarrollar y afianzar las actuaciones de los dos sistemas.*

*Servicios Sociales Especializados:*

*Objetivo: Potenciar y establecer un sistema de coordinación estable con los Servicios Sociales Especializados para promover actuaciones sociosanitarias y asegurar una intervención integral.*

*Medidas: Impulsar acuerdos con los organismos regionales y municipales que intervienen con los diferentes colectivos sociales:*

*Personas Mayores: Definir y protocolizar los programas de atención domiciliaria y apoyo a las Residencias en colaboración con los Servicios Sociales.*

*Mujer: Apoyar las medidas preventivas y de atención dirigidas especialmente a programas de mujeres maltratadas.*

*Personas con Discapacidad: Estudiar fórmulas de coordinación con los centros de atención de discapacitados para favorecer la atención psiquiátrica de los casos que lo precisen. Potenciar la coordinación con los Centros Base.*

*Así mismo se mencionaba la coordinación con otras áreas como:*

*“1.5.4. Desarrollo de la coordinación con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia.*

*1.5.5. Marco de colaboración con el Ayuntamiento de Madrid (Concejalías de Salud y Consumo y de Servicios Sociales).*

*1.5.6. Colaboración con la Dirección General de Salud Pública.*

*1.5.7. Coordinación con la Consejería de Educación.*

*1.5.9. Creación de un marco regulado de relación con la Judicatura”.*

Desde el desarrollo de la Red Pública de Servicios Sociales y la implantación por distritos sanitarios en los años 80 de los servicios de Salud Mental ha existido un interés común respecto a la coordinación, cuyo objetivo es detectar las necesidades de la zona geográfica de intervención en intentar abordarlas de forma global. Lo que en un principio surgió como una relación entre las distintas profesiones con inquietudes y preocupaciones compartidas se fue convirtiendo en una coordinación entre equipos, hasta instalarse e institucionalizarse. La coordinación no es algo abstracto, sino un objetivo dinámico que se

va construyendo caso a caso, situación a situación, para una mejor práctica del Trabajo Comunitario y evitar efectos nefastos en la consecución de objetivos asistenciales.

J. Leal entiende por coordinación el esfuerzo que hacen los distintos recursos existentes en un territorio para responder globalmente a las demandas, evitando la parcialización, pero también el solapamiento o la duplicidad en las intervenciones, de tal forma que se asegure una atención integrada y una continuidad de cuidados. La coordinación permite:

- Dar respuesta global e integradora a las demandas de manera que se asegure una continuidad de cuidados.
- Trabajar en equipo.
- Delimitación de funciones y distribución de tareas.
- Corresponsabilidad en los casos.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. El artículo 14 define la prestación sociosanitaria *«como el conjunto de cuidados destinados a los enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características y/o situación pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar su reinserción social»*.

Remitiéndonos a la Estrategia en Salud Mental del Ministerio:

*Las Comunidades Autónomas desarrollarán y potenciarán los aspectos contemplados en la «Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia».*

*Objetivo general 6:*

- *Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental.*
- *Se recomienda, dentro de las competencias de las Comunidades Autónomas y en consonancia con la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”, crear una Comisión de Coordinación Interdepartamental entre las Consejerías de Sanidad, Servicios Sociales, Trabajo, Educación, Vivienda, Justicia, Economía y Hacienda, así como con el Ministerio del Interior y otras que pudieran estar implicadas, para: 1. integrarlas políticas en salud mental. 2. asesorar en la elaboración del*

*Plan de Salud Mental autonómico.*

- *Diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con Servicios Sociales, Educación y Justicia que garantice la continuidad de los cuidados de los niños y niñas y adolescentes en tratamiento.*
- *Diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con Atención Primaria y Servicios Sociales que garantice la continuidad de los cuidados de la población de edad avanzada en su medio residencial, al amparo de lo establecido en la «Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia».*
- *Crear mecanismos de coordinación en el ámbito de la Comunidad Autónoma para garantizar la atención integrada a la problemática de las drogodependencias dentro de la salud mental.*
- *Diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con instituciones penitenciarias y centros de acogida y residenciales.*
- *En caso de concertación y/o compra de servicios, se establecerán criterios de calidad y evaluación, coordinación e integración con la estructura organizativa de atención a la salud mental de la Comunidad Autónoma”.*

El Plan que estamos analizando:

- Debería hacer mención a esta necesidad de coordinación y plantear objetivos y estructuras de coordinación estables, en un apartado concreto y específico dentro del mismo.
- Debería implicar otras áreas y consejerías: Vivienda (alternativas residenciales), Empleo y Mujer (integración laboral), Justicia (ingresos involuntarios, incapacitaciones), Educación (Coordinación con Colegios e Institutos de Educación Secundaria (IES), Hospitales de Día-Centros Educativos terapéuticos)...
- Debería hacer un análisis de la repercusión de la «Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia» en la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.
- En cuanto a la Coordinación con los Servicios Sociales de Atención Primaria, de dependencia municipal, ésta debe ser, y es, prioritaria y existen estructuras de trabajo en los distintos municipios de la Comunidad de Madrid, que deben ser reconocidas por el Plan. El propio Plan reconoce esta importancia en la memoria de datos asistenciales que aporta. Las asistencias contempladas en la memoria del Plan sobre las intervenciones de Trabajo Social son de 12.200, que habría que relacionar directamente con los datos de la Página 43, que indican que 3.645 de asistencias dentro del Programa de

apoyo a los Servicios Sociales, frente a las 376 de apoyo a Atención Primaria de Salud (muestra de 19 servicios).

En los CSM existe el **Programa específico de coordinación con los Servicios Sociales Municipales de Atención Social Primaria**. Como ejemplo más paradigmático, la coordinación de Salud Mental con los Servicios Sociales Municipales de la ciudad de Madrid, está ligada a un convenio de colaboración (\*) vigente, que no aparece reflejado en el Plan.

Desde el Decreto 106/1985 con la Zonificación de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, existe una trayectoria de colaboración en el trabajo con la población de personas que padecen enfermedad mental, en su reconocimiento pleno como ciudadanos de un distrito.

Los objetivos de dicho Programa de coordinación serían:

- Conocer los recursos del entorno comunitario en el que estamos ubicados.
- Establecer los mecanismos que permitan, a un número importante de instituciones, definir y trabajar en el proyecto común que es la integración de las personas en su medio.

Este trabajo se hace conociendo, respetando, colaborando desde las diferentes

---

**(\*) Desarrollo de dicha cooperación Interinstitucional:**

2001: Primer convenio de "Intervención Comunitaria y Atención a Domicilio", dirigida a enfermos mentales crónicos de los Servicios Sociales Municipales de Hortaleza en Convenio con la Asociación Candelita (Centro de Promoción personal y desarrollo colectivo).

2004: Convenio amplio de coordinación Salud-Servicios Sociales.

2005: Protocolo de actuación anciano-frágil.

2006: Convenio de coordinación de los Servicios Sociales y Salud Mental con inclusión de la población infanto-juvenil, adultos y mayores con enfermedades mentales graves y crónicas y personas sin hogar con trastorno mental. Dicho Convenio, no sólo define una coordinación interinstitucional, sino que propone una intervención conjunta.

2009: Convenio y Protocolo vigente entre la Comunidad y el Ayuntamiento de Madrid para la coordinación de la atención de personas con enfermedad mental.

Firmado el 1 de septiembre del 2008 y vigente por renovación.

Objeto: Establecer un marco regulador que permita un abordaje integral y conjunto de las necesidades de atención sanitaria y social de la población con problemas de salud mental del Municipio de Madrid.

perspectivas de cada uno. Dicha coordinación debe contemplar: calendario de reuniones, informes de derivación, de evaluación, etc. **Funcionalmente la coordinación con Servicios Sociales Municipales se concentra especialmente, en los Programas de:**

- **Menores y Familia**, con el objetivo de planificar una intervención global y conseguir una mayor eficacia de recursos desde las diferentes administraciones. Participación en las Mesas del Menor, en aquellos casos con implicación de salud mental, lo que supone una aportación y complementariedad en la intervención.
- **Programa de Enfermos Mentales Graves y Crónicos**, los trabajadores sociales, asumimos la responsabilidad en la coordinación de los recursos específicos de la Red de Servicios Sociales de Atención a la Enfermedad Mental Grave y Crónica, y en algunos casos, la función específica de continuidad de cuidados de pacientes crónicos con importante problemática social.

## **PROGRAMA INFANTO-JUVENIL**

Nos parece de enorme interés la importancia que da el Plan al desarrollo de este Programa. **Es imprescindible desarrollar los objetivos planteados y realizar un esfuerzo que permita que los CSM tengan personal dedicado en exclusividad a esta actividad. En la actualidad pocos CSM tienen asignados trabajadores sociales al Programa Infanto-Juvenil, siendo uno de los programas que más actividad de trabajo en red y coordinación, así como de trabajo con las familias requiere. Siendo para éstas tareas fundamental la labor del trabajador social.**

Es de suma importancia, como el Plan reconoce, la existencia de la figura de coordinador del programa en la Oficina de Salud Mental.

En cuanto a aportaciones concretas, consideramos (incluimos las que tienen que ver con Hospital de Día para niños y adolescentes):

- Debe hacerse un **esfuerzo en la dotación de trabajadores sociales en los Hospitales de Día de infanto-juvenil, donde la carencia de los mismos es más manifiesta.** Existiendo una demanda permanente por parte de estos dispositivos hacia los CSM, que éstos no pueden responder dada la carga asistencial existente y la necesidad de que el profesional esté inserto de manera permanente a lo largo de todo el proceso terapéutico que se pone en marcha en el Hospital de Día.
- En los Hospitales de Día Infanto-juvenil existe dotación de personal de la

Consejería de Educación. Debería establecerse una coordinación estable con la misma, que permitiera que los Profesores Técnicos de Servicios a la Comunidad asignados a Hospital de Día (Centro Educativo Terapéutico para la Consejería de Educación), tuvieran perfil específico, a ser posible con titulación en Trabajo Social o Educación Social, dado el carácter educativo-asistencial del dispositivo.

- Debe hacerse un esfuerzo en la formación específica en salud mental infanto-juvenil.

## **FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD MENTAL PARA LOS TRABAJADORES SOCIALES**

Según el Atlas (2005) de la OMS sobre Salud Mental en el mundo: “*Se requieren esfuerzos sistemáticos para formar a más asistentes sociales y lograr que permanezcan en los servicios de salud mental*”. Siguiendo esta línea debe hacerse un esfuerzo por dar formación especializada en salud mental a los trabajadores sociales, al igual que al resto de profesiones.

Sería conveniente que el Plan marcará una estrategia a seguir en cuanto a la formación específica en salud mental de los trabajadores sociales, tanto pregrado, posgrado, como formación continua. Es de mencionar que aunque la formación continua en la Agencia Laín Entralgo es de acceso a los trabajadores sociales sanitarios, no ha sido un proceso fácil, ni aún totalmente resuelto. La no consideración como profesionales sanitarios dificulta a veces el acceso a formación continua dirigida a los equipos multiprofesionales de los que formamos parte. El Plan debería dejar clara la igualdad de acceso a la formación continua de todos los profesionales asistenciales del equipo (sanitarios o no).

### **Proponemos:**

- Que se establezcan contactos con las universidades de Madrid que forman trabajadores sociales (Complutense y Comillas) para potenciar las asignaturas relacionadas con la Salud Mental en sus planes de estudio, así como vías de colaboración para formar a futuros profesionales (seminarios, colaboración con la Agencia Laín Entralgo).
- Que se establezca un programa homogéneo para el desarrollo de prácticas de los alumnos y alumnas de Trabajo Social en la Red de Salud Mental. Actualmente la Universidad las gestiona con cada área sanitaria o distrito

que demanda alumnos, sin una homogeneidad en el proceso ni un seguimiento institucional de los alumnos.

- Que dentro del marco de reforma universitaria que impulsa el acuerdo de Bolonia, se pueda trabajar para conseguir una especialización de trabajo social en salud mental. Se plantee la necesidad de incluir como objetivo del Plan el “iniciar un grupo de trabajo con la Consejería y Ministerio de Educación (universidades) que permita avanzar en la consecución de un Posgrado en Trabajo Social y Salud Mental.

## **EL PAPEL DE LAS ASOCIACIONES: DE PACIENTES, DE FAMILIARES Y GRUPOS DE AYUDA**

Como dice Manuel Gómez Beneyto, Coordinador Científico de la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, en la introducción de la misma: “Hay datos que revelan una relación estrecha entre el capital social de una comunidad y la salud mental de sus miembros. Sería deseable que se estableciesen pactos entre los agentes sociales -empresas, sindicatos, universidades y escuelas, asociaciones de vecinos, sociedades deportivas, medios de comunicación- para fundar una gobernanza civil capaz de reforzar y complementar la acción del Estado y de las Administraciones autonómicas y locales y llegar adonde éstas no alcanzan. Éste es el sentido principal de la Declaración de Helsinki, impulsar un giro de la atención a la salud mental de los servicios a una concepción de salud pública que implique a la sociedad civil”.

Consideramos que el papel del movimiento asociativo es fundamental en el desarrollo de todo Plan de Salud Mental. Así mismo, la relación existente con las asociaciones de pacientes y familiares es estrecha desde los CSM, participando en la mayoría de las Comisiones de Rehabilitación de Área y gestionando programas y dispositivos usados por los profesionales en sus intervenciones (voluntariado, clubs sociales, grupos de autoayuda...).

El Plan debería tener un apartado específico que analizara su labor, planteara objetivos de apoyo al movimiento asociativo y formalizara las vías de participación de las asociaciones en la red de salud mental (comisiones de rehabilitación y comisiones de usuarios). El Plan anterior incidía en la relación de la administración con las asociaciones y el proyecto actual menciona reiteradamente la importancia de la sociedad civil. Debe concretarse el cómo de esta importancia:

- Potenciar la creación de las Comisiones de Usuarios en las Áreas Sanita-

rias o en la estructura organizativa que se cree. O en su caso facilitar la participación de las asociaciones de pacientes y familiares en las Comisiones de Rehabilitación u otras estructuras de coordinación existentes ya.

- Generar programas de defensa de derechos de los pacientes y una coordinación estrecha con la Oficina del Defensor del Paciente.
- Potenciar la creación de Grupos de Autoayuda desde los CSM.
- Potenciar la formación de los trabajadores sociales en: creación de grupos de autoayuda, modelos de empoderamiento y defensa de derechos de los pacientes, intervención comunitaria y apoyo al movimiento asociativo.
- Establecer como prioritario para todos los CSM el establecimiento de programas de trabajo específico con familias, ya sea a través de la psicoeducación o de grupos multifamiliares, como integrantes fundamentales en el proceso de cuidados.

## **OTROS: HOSPITAL DE DÍA, PSICOGERIATRÍA, ALCOHOLISMO, UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE (UHB)**

En la página 128 aparece el objetivo de mejora de atención psicogeriatrica, en el punto 4: “favorecer la coordinación con los Servicios Sociales Generales”, “acercar los recursos sociales a las necesidades de la población”. Es fundamental, en la línea mencionada en el punto de Coordinación con Servicios Sociales que la misma se extienda a los Programas de Psicogeriatría.

Sería conveniente establecer como prioritario para todos los CSM el establecimiento de programas específicos de atención a primeros brotes y atención precoz en psicosis.

En cuanto al apartado de “Situaciones de catástrofes”. El CODTS de Madrid mantiene un convenio de colaboración y protocolos de actuación en casos de emergencias, así como, un compromiso de formación continuada en este ámbito. El cuerpo de voluntarios en emergencias del CODTS de Madrid ha colaborado activamente en las distintas situaciones de emergencia en que ha sido requerido.

El Plan reconoce la importancia del Trabajo Social en los distintos Programas y Unidades: UHB, Hospital de Día, Enfermos Mentales Sin Hogar... Es nuestro deseo que dicho reconocimiento lleve asociado un esfuerzo de dotación de personal y formación permanente del mismo en pos de mejorar la atención prestada a los ciudadanos.



*El Retiro (Madrid), 1996. Luis C. Zamora*

# FUERZAS CENTRÍFUGAS DE NUESTRA IDENTIDAD

José Luis Gil Bermejo

DTS col. N° 3.553

## RESUMEN

*Se dice que la fuerza centrífuga es la que actúa sobre los cuerpos en movimiento que están describiendo una curva. Imaginemos que nos encontramos en un punto determinado como sujetos individuales y que alrededor de nosotros existe un círculo y sobre este se sitúan nuestras competencias teórico-prácticas de nuestra profesión, las cuales giran en torno a nosotros<sup>1</sup> describiendo movimientos circulares. Esta imagen gráfica unida con la metáfora de las fuerzas centrífugas nos sirve como punto de partida para reflexionar sobre nuestra identidad profesional.*

*Nos situamos en una perspectiva actual del ejercicio profesional del Trabajo Social, atendiendo a una serie de cambios, exigencias y posicionamientos en nuestra profesión que pueden alejarnos de una identidad profesional propia, no tratándose de una apertura al cambio o adaptación a la realidad pertinente, sino que por el contrario estamos presenciando un posicionamiento desde una inercia direccional y un planteamiento difuso en nuestra identidad, que por una parte sufre amnesia del pasado con incertidumbres en el futuro poco identificadoras y más bien alejadas de lo que creemos que es el Trabajo Social.*

*Primeramente analizaremos el contexto Institucional-Estructural, siendo conscientes de la marcada influencia que tiene en nuestro trabajo, la institución para la que trabajamos y la realidad con la que intervenimos, a través de su cultura organizacional y simbología específica así como la generalizada y marcada tendencia a categorizar la realidad, bien en recursos o en colectivos, desapareciendo paulatinamente el trabajo con las personas.*

---

1 Emplearemos el masculino para referirnos al género femenino y al masculino.

*En segundo lugar entraremos en un análisis desde lo profesional en su funcionalidad, dinamismo y cotidianeidad, partiendo de la demanda, de una nueva categorización y de un replanteamiento de la propia relación de ayuda, desde un posicionamiento horizontal con una definición y diferenciación de roles, en ningún caso jerárquica. Para poder situarnos como profesionales es imprescindible nuestra conciencia de presencia como individuos, en un primer momento, interactuando con el otro, para luego podernos posicionar desde un lugar metacomunicador y poder ver lo que esta pasando en lo interactivo de nuestra intervención.*

*El análisis realizado es un camino para poder ser más conscientes de nuestro trabajo, acercarnos a una identidad objetiva desde nuestra propia subjetividad y prevenir situaciones de desgaste profesional, tantas veces no reconocidas o huidas por nuestra especial aptitud capaz y tolerante ante la adversidad.*

*Desde una identificación profesional crítica y analítica podemos comenzar a construir una relación de ayuda pertinente entre el Trabajo Social y la ciudadanía, sin duda es nuestro deber.*

#### **PALABRAS CLAVE**

Paternalismo institucional. Desidentificación profesional. Desfragmentación del sujeto. Metamorfosis social. Mercantilismo de la intimidad. Resignificar nuestra especificidad disciplinar. Transdisciplinariedad. Relación intersubjetiva.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo no pretende mostrar un saber desconocido ni verdades ocultas sobre nuestra profesión, sencillamente intenta mostrar una realidad objetiva, que no una de tantas, ya que parte desde mi propia visión subjetiva como trabajador social, extrapolando mi micro realidad hacia una macro realidad, en la cual sí que objetivamente muchos de nosotros nos vemos inmersos, en mayor o menor medida. Sin buscar un consenso, una dirección o camino a seguir, la motivación parte como una reflexión ante nuestra identidad profesional, con el fin de poder aportar un momento de pararse a pensar en el camino de nuestro ejercicio profesional cotidiano.

## IDENTIDAD SOCIAL E IDENTIDAD PROFESIONAL

Para poder llegar a un entendimiento de nuestra identidad profesional, antes debemos concretar y partir de otros conceptos como el de identidad personal y el de identidad social.

La identidad personal es el resultado de la descripción del yo desde atributos personales, mientras que la identidad social es el resultado de definir el yo desde la pertenencia a una determinada categoría social, Jackson y Smith (1999) aportan que la identidad social positiva consta de cuatro grandes aspectos:

1. La percepción del contexto intergrupal, que es inseparable de la percepción del propio grupo y que puede incluir creencias acerca de que el propio grupo mantiene una competición con el otro grupo.
2. Atracción hacia el propio grupo.
3. Creencias de interdependencia o de destino común, que se refieren a la percepción de una estrecha vinculación entre el bienestar propio y el del grupo al que se pertenece.
4. Despersonalización o tendencia a verse más como miembro del propio grupo que como individuo singular.

Clary y Snyder (1998) identifican seis funciones de la identidad social:

1. Protección del yo.
2. Adhesión a valores humanitarios y altruistas.

3. Obtención de beneficios relacionados con el avance en la propia carrera.
4. Posibilidad de establecer nuevas relaciones sociales.
5. Búsqueda de autocomprensión y autoconocimiento.
6. Enalzamiento del yo.

De estas funciones en relación con la identidad grupal profesional del Trabajo Social parecen estar muy carentes en cada una de sus aspectos, sin duda como grupo social profesional empoderarían notablemente nuestro estatus profesional.

Desde donde cada identidad personal se ubique, en su identidad social, la identidad profesional como trabajador social es una labor totalmente personal y subjetiva, existiendo paradójicamente diversos factores que vienen a obviar la profesión en nuestro ámbito laboral dándose una identidad centrífuga de nuestra profesión en torno a nuestro contexto laboral. Estos factores serán los que analizaremos en el presente artículo para poder llegar a una mayor comprensión y ante todo reflexión sobre nuestro trabajo cotidiano.

Las profesiones no se entienden, si no es desde la función social que desempeñan, y eso las vincula al contexto del que surgen y al que pretenden servir. Por eso la ética profesional tiene que preguntarse si la función social que desempeña una profesión es la misma que la sociedad necesita o espera de ella (Hortal, 1994b, p.18).

## **ANÁLISIS DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL-ESTRUCTURAL**

La institución representa un marco estructural con una normativa externa, interna (implícita y explícita), unas jerarquías establecidas, unos grupos de poder de hecho y de derecho, y si fuera poco una demarcación, entre lo público, lo privado, un tercer sector con un nuevo marco incipiente y aparentemente ligado con lo social, y unas competencias delimitadas, que hacen sentirnos de “nuestra casa” y en defensa de la misma con un instinto de territorialidad totalmente fundamentado y establecido en protocolos y normativa.

La legitimidad democrática de las instituciones nos hace asumir (tanto en el contexto público como en el privado) una normativa supuestamente racional a pesar de su carácter, en numerosas ocasiones vertical y jerárquico, esta normativa esta desarrollada en protocolos de actuación, modelos de atención, gestión de recursos o intervenciones establecidas. Pero qué hay detrás de la normativa, de lo que nos llega a

nosotros como profesionales. Se puede observar que cada vez hay menos de Trabajo Social y más de otras cuestiones que parecen ser más rentables socialmente. ¿Debemos asumir lo establecido, poder seguir opinando o valorando en aquellos pequeños espacios que nos ofrece la jerarquía para poder opinar o hacer catarsis social? Entre la dualidad de seguir el camino ideológico de la institución para la cual trabajamos o no, debemos definirnos, en cualquier caso la legitimidad está servida sea cual sea la elección, pero no siempre la ética profesional estará aliada a nuestra decisión ¿Qué precio asumimos con este paternaje institucional?

Paradójicamente ante la diversidad de la realidad para la cual trabajamos estamos ubicados en recursos tremendamente específicos, por colectivos/problemáticas, por delimitación geográfica, por las diferentes áreas de las políticas sociales, etc. Evidentemente la organización nos proporciona un orden normativo y profesional y unas repercusiones con el consiguiente peligro de categorizar, parcializar y simplificar los problemas, situaciones y al sujeto en sí, incluso a nosotros mismos y desde nuestro Trabajo Social propiamente dicho desde el “esto no es mi competencia” o el deseo explícito o no de derivar los casos en función de una situación subjetiva de dificultad del mismo o sobrecarga generalizada en el trabajo.

La fuerte tendencia a la categorización de recursos a modo de fragmentación de la realidad y la tendencia a la derivación, ante la angustia de los casos y la oferta de recursos especializados externos existentes, nos lleva a lo que he llamado la desfragmentación del sujeto, como profesionales del Trabajo Social y como ciudadanos o usuarios de Servicios Sociales. En primer caso, como trabajadores sociales dejamos de ser un recurso en sí mismo, pasando a convertirnos en gestores de sujetos, una vez que objetivamos al sujeto le hacemos pasar por una serie de recursos, profesionales, protocolos y normativas que supuestamente tienen que mejorar la situación de partida, desde los ámbitos biopsicosociales, desde el fomento de su autonomía, cualquier fracaso reiterado en la intervención supone una cronificación del caso con el estigma que conlleva en sí mismo aquellos casos que decidimos que son crónicos. En muchas ocasiones esperamos un cambio de una situación desfavorable ante el despliegue de recursos y esfuerzos en la intervención, cuando se obtienen resultados satisfactorios atribuimos a nuestra intervención el mérito, en la mayoría de los casos con la creencia de haber empleado los recursos materiales adecuados, obviando el haber establecido una buena interacción psico-social o reconociendo que la interacción de recursos humanos (profesional-usuario) que se ha podido producir unos efectos positivos en el cambio (tanto para profesional como para usuario). En otros

casos en los cuales fracasa la intervención, se pone la mirada del fracaso en el déficit entre individuo con el recurso aplicado, y en otros casos se nos presenta una llamada metamorfosis social en la cual sin saberlo y de forma milagrosa hemos llegado a la obtención de unos resultados positivos inesperados.

El despliegue de recursos y esfuerzos requieren un planteamiento metodológico en la intervención, pudiendo responder a un activismo angustiante ante la dificultad de los casos, si supervisáramos mayoritariamente estos casos desde una supervisión profesional claramente definida, sería mayormente rentable para las familias, los profesionales y para la gestión de recursos económicos y humanos de la institución.

Desde nuestro trabajo diario, desde esa desidentificación paulatina profesional, nos quedamos en situaciones duales entre el vacío y el activismo o gestión desmesurada de recursos, entre una situación de estrés que en un comienzo viene a ser ese activismo emocional y físico en nuestra intervención y poco a poco pasa por ese vacío llamado “burnout”, que genera una desmotivación, inmovilismo y una sensación real de desgaste físico y emocional, sin duda una deriva profesional de la cual estamos más cerca de lo que nos creemos.

Otro elemento importante a tener en cuenta es como el propio sistema político-institucional genera recursos que atienden a las necesidades que van surgiendo en una sociedad, la cuestión sería ¿desde dónde se valoran las necesidades de dichos recursos? ¿quién y por qué surgen recursos? y de la misma forma ¿en base a qué desaparecen dichos recursos?, es la influencia mediática, son los intereses políticos, las modas o tendencias de por dónde tiene que ir la política social, sea como sea los profesionales de la intervención social, que realmente estamos en contacto con la realidad no somos protagonistas en estas decisiones, sino prácticamente actores pasivos de los cambios institucionales y políticas sociales.

## ANÁLISIS DEL CONTEXTO PROFESIONAL-FUNCIONAL

### Análisis cognitivo-pragmático

Una vez ya situados en nuestra institución, en la atención al ciudadano, familia, grupo o comunidad, todo comienza ante una situación determinada, demandada o no, detectada, reconocida o no, pero en general las situaciones atendidas llevan asociadas demandas (explícitas o latentes), la demanda suele ir asociada a un recurso en su verbalización y en su cognición por parte del demandante, pero nuestra primera oferta a dicha demanda es la escucha iniciando un proceso asertivo de acogida, hasta ahí nos queda a todos claro, pero la tendencia a objetivar al sujeto demandante siendo en sí el otro demanda material asociada a prestaciones de la institución para la cual trabajamos es un peligro que corremos diariamente. Después del proceso de hacer objeto al sujeto, puede existir la tendencia a clasificar o colectivizar, reduciendo la realidad e individualidad de dicha persona, rutinizando nuestro trabajo y cayendo en la gestión de los recursos más demandados en la presente temporada, esta rutina nos impide escuchar otras demandas o sencillamente a reconocer el principio de individualización, ¿estamos ante un mercantilismo de la intimidad ciudadana?

El preguntarnos ¿qué pasaría si no tuviéramos un despacho, una mesa, y unos recursos materiales para ofrecer, no sería una forma de acercarnos a nuestra identidad desde la esencia teórico-práctica del Trabajo Social? La esencia de nuestra teoría supone hacer un recorrido histórico que analice el origen del Trabajo Social, sin necesidad de perdernos en el camino hacia el pasado para poder ver la realidad actual, con el fin de querer dejar asentadas las bases teóricas de nuestra profesión, debemos de hacer un ejercicio de resignificar nuestra especificidad disciplinar (Hernan, M. 1999). Greenwood (1957) ya nos asegura que el Trabajo Social cumple los cinco requisitos que lo convierten en una profesión: consta de cuerpo sistemático de teorías, autoridad profesional, el reconocimiento de la sociedad, posee un código de ética y una cultura profesional. Por su parte Kisnerman (1998) aporta el elemento disciplinario al Trabajo Social cumpliendo las siguientes premisas: cuenta con un manejo conceptual de los problemas que aborda, realiza sistematización de sus prácticas, exhibe una amplia, variada y fundamentada bibliografía especializada y es una auténtica praxis social. En esta categorización disciplinar concluye Kisnerman exponiendo que “ser parte de una disciplina y saber al actuar, es lo que nos proporciona una identidad profesional”.

Ahora bien, si queremos buscar o fortalecer nuestra identidad profesional en base a nuestra disciplina debemos avanzar junto a la realidad social con la cual estamos en continuo contacto, en torno a lo disciplinario, autores como Hernán (1999) proponen el abandonar la pretendida interdisciplinariedad de nuestra profesión, al ser un error epistemológico, e iniciar una reflexión epistemológica en la construcción de un modo de pensar transdisciplinario, dejando atrás saberes territorializados, ya que el saber sólo de una disciplina definida no existe, la realidad supone dinamismo y cambio continuo, así como las disciplinas que se acercan a ella tienen que estar dispuestas a sumir dicho cambio. La transdisciplinariedad nos plantea la necesidad de desbordar las disciplinas hacia un tipo de conocimiento capaz de hacerse cargo de la multidimensionalidad de los problemas de la sociedad así como de empezar a pensar desde el mundo cuyo lugar el “sin lugar” ya que no tenemos en este momento forma de ubicarnos en ninguna de las disciplinas (Martín-Barbero, 2005).

Según Edgar Morín, en su introducción al pensamiento complejo, “lo que existe en realidad es un pensamiento complejo de interacciones conceptuales y saberes en movimiento organizacional, dentro del lago que nombramos conocimiento, algo que no sólo está ligado a la conciencia humana, sino a la cosmogénesis del universo”. Hernán concluye aportándonos que el Trabajo Social puede ser definido como una profesión compleja y transdisciplinaria.

## **Análisis cognitivo-emocional**

La relación intersubjetiva existente entre dos personas: profesional-usuario (individuo, grupo, familia, comunidad) tiene una continua interacción con lo intra subjetivo de cada una de las dos partes existentes. A través de la primera acogida, antes de la misma, los roles ya vienen dados por ambas partes, por una parte el profesional representante de una institución, con el imaginario colectivo y componente subjetivo que tiene dicha institución para el usuario, y por otra parte el individuo, clasificado como usuario, ciudadano, grupo, etc., categorizado a su vez por la propia institución.

La importancia de una primera acogida tiene que llevar implícito el encuentro interpersonal, ya que como ya hemos visto otros factores se encargarán de definir roles, estatus e incluso definirá las relaciones antes que sean dadas. Un primer encuentro tiene que ver con como apunta J.L. Moreno con el “momento” y la “pertinencia”, un momento respecto a la adecuación del aquí y ahora, y la pertinencia, ya que el ser humano lucha entre una voluntad de dominio (en lo que quiere) y una voluntad de pertinencia (lo que los demás quieren). El contacto con la intimidad del otro es una prueba para la propia intimidad.

Korzboski sostiene que todas las experiencias son multidimensionales, lo emocional incide en lo intelectual y viceversa. La emoción es la experimentación directa e inmediata de nuestros sentimientos, mientras que los sentimientos tienen un origen más fisiológico a nivel del sistema límbico, las emociones cumplen una función más social ya que nos emocionamos con y para los demás como forma comunicativa de expresión de sentimientos. Toda experiencia del conocimiento del mundo humano es un ejercicio de sentido, el camino de esa experiencia es el método, la reflexión sobre el camino es la metodología (Galindo, 1998).

En toda relación personal es necesario poder conocer todo lo que se está movilizándolo de nosotros mismos para saber hasta qué punto se está influyendo de forma subjetiva en el otro, la objetividad positivista y la intervención profesional aséptica es algo imposible y carece de sentido en una relación de ayuda y no por ello deslegitimamos de profesionalidad nuestro trabajo.

Realizar un ejercicio de metacomunicación nos permite colocarnos fuera del marco de la interacción como contexto, para reflexionar y vernos en la relación.

Así, la metacomunicación se convierte en un medio al que podemos recurrir cada vez que necesitamos conocer cómo nos sentimos en el encuentro y comunicación con la otra persona, proponiéndole la posibilidad de reflexionar juntos acerca de nuestra relación.

Volviendo al tema del “burnout”, se mantiene la hipótesis de que su aparición puede venir dada por un conflicto entre la institución y el profesional, anteriormente hemos hecho alusión al término de “burnout” desde el contenido profesional, pero sin duda, es una cuestión que funcionalmente se está dando y desde un sentido cognitivo emocional es necesario detenerse, simplemente aportando tres características del síndrome del burnout:

1. El agotamiento emocional: para muchos autores el rasgo central, cuando los trabajadores describen su experiencia, a lo primero que hacen referencia es a que se sienten emocionalmente exhaustos, agotados en sus esfuerzos para hacer frente a la situación.
2. La despersonalización: como intento de distanciamiento cognitivo y emocional de los usuarios atendidos, presumiblemente, como una manera de enfrentarse a la sobrecarga y al cansancio emocional que la propia atención conlleva.

3. La falta de realización profesional, haciendo referencia al sentimiento de incompetencia profesional y de autoestima personal relacionados con el puesto, así como una tendencia a autoevaluarse de forma negativa.

Ahora la pregunta que deberíamos hacernos, es hasta qué punto somos consciente de estar afrontando una situación así, si no está pasando en nuestro trabajo, cómo podemos prevenir su aparición, y en caso de que esté pasando, cómo podemos afrontarlo de una forma positiva que no suponga un coste mayor en cuanto a la posible defensa negadora de una realidad con un coste emocional-laboral tan abrumador.

## **VUELTA AL CONTEXTO**

En el momento que las variables personales y emocionales se contextualizan en la organización (institución y relaciones formales e informales de la misma) con sus exigencias y su tendencia generalizada a objetivar los problemas y a las personas comienza el conflicto donde nos vemos inmersos nuevamente.

La calidad de los servicios y la rentabilidad social quizás está alejada de lo social, por paradójico que suene, ya que los indicadores de medida no están establecidos, en la mayoría de los casos, desde la base, desde donde se contacta con la realidad, el éxito o fracaso en una intervención tiene muchos matices y muchas caras desde donde se mire, desde la institución, desde el profesional, desde la persona.

Desde ahí se deberían deconstruir nuevamente conceptos teórico pragmáticos del Trabajo Social, comenzando por lo que es o debe ser la intervención social y desde ahí todo lo que lleva en sí la misma en un contexto de relación de ayuda.

Según Nora Aquín (1999), el Trabajo Social es una práctica distributiva y cultural, distributiva en el sentido de distribución de valores de uso entre individuos, cuyo objetivo es lograr una distribución deseada, y cultural respecto a la constelación de símbolos y formas culturales sobre las que se forman las líneas de solidaridad y fragmentación entre grupos, siendo su propósito la transformación o la reproducción de las herramientas del discurso del Trabajo Social, contra la neofilantropía o los procesos de descuidadización, trabajando con sujetos sociales que buscan satisfacer sus necesidades materiales y simbólicas como sujetos de derechos y no como objetos de compasión o de números que ocupan expedientes o estadísticas con fines socio-políticos.

El empoderamiento profesional del Trabajo Social tiene que ver en primer lugar con el empoderamiento del ciudadano, ya que si el profesional desde su lucha de identidad y estatus adquiere poder tan solo para ser reconocido profesionalmente, a través de las reivindicaciones de derechos de los ciudadanos, estamos pervirtiendo nuestra profesión, teniendo que hacer un ejercicio de autocritica para ver desde dónde estamos situados, sin llevarnos a equivocaciones de planteamientos éticos, posicionándonos en numerosos lugares con una identidad profesional, que posiblemente, tan fragmentada representamos.

## **CONCLUSIONES**

En el momento actual de la profesión, es necesario detenernos para poder reflexionar sobre nuestra identidad y todas las fuerzas que influyen en ella, sin duda la construcción de la misma dependerá de nosotros/as pero por eso mismo resulta de suma relevancia una identidad que no olvide su razón, el Trabajo Social.

En un primer momento hemos analizado la institución y sus funciones sobre nuestra profesión, viéndose casi una institución con una función de paternaje profesional, que en la mayoría de los casos no fomenta nuestra autonomía como profesionales, ya que sus fines son políticos e ideológicos, reproduciendo relaciones de poder, empleando como medio al Trabajo Social que no ajeno a estas relaciones de poder debe de mediar entre las mismas y la problemática social, sin ser un medio de reproducción del poder que le otorga la institución frente al ciudadano, fomentando así una tendencia hacia la atodeterminación.

Qué pasaría si desarrollásemos de forma más mayoritaria en España el ejercicio libre de la profesión, sin duda esta respuesta está muy lejos de ser respondida, quedándonos la pregunta del por qué no se fomenta definitivamente el ejercicio libre profesional como decisión o alternativa al llamado paternaje institucional.

Una de las alternativas que tenemos, para poder desarrollar nuestra autonomía profesional y conocimientos teórico-prácticos, es el poder ser agentes en la planificación estratégica de la política social, en general, y de la intervención social, en particular. La relación de ayuda implica una deconstrucción de la práctica del Trabajo Social de la misma ayuda profesional, siendo necesario una separación relativa del trabajador social de la misma institución en la que trabaja, haciendo un ejer-

cicio de abstracción donde se pueda analizar la estructura, el poder, las funciones y relaciones de los actores implicados, el contenido de la comunicación y el entramado emocional existente en el contexto total de la ayuda, pudiendo ir de lo general a lo particular y viceversa, con una destreza y aptitud profesional para pasar de la deducción a la inducción, de lo concreto a lo abstracto, de lo real a lo simbólico.

Se hace necesario en el ámbito teórico-práctico salir de la concepción de nuestra disciplina como la suma de sus partes, y no un resultado que no tiene nada que ver con ello, sino que nuestros conocimientos van más allá que definir nuestra teoría como el conjunto de disciplinas aunadas en el Trabajo Social, estas disciplinas interactúan de forma que pasan de su estatismo formal a un estadio teórico mayor del que por separado tenían, siendo un saber teórico-práctico, el del Trabajo Social, que alcanza la transdisciplinariedad, con una autonomía propia y razón específica.

Desde un posicionamiento crítico en contexto, teoría y práctica, podemos identificarnos o comenzar con una identificación concreta y autónoma del Trabajo Social, nuestro ejercicio diario de la profesión será el medio para ello.

La identidad nos proporciona un estatus, una legitimidad profesional, un poder determinado y concreto, pero la obtención de cuotas identitarias no deben alejarnos de la realidad ni de los/as ciudadanos/as, que son los que nutren, en parte, potencialmente nuestra profesión e identidad.

## BIBLIOGRAFÍA

ANDER EGG, E.: *Diccionario del Trabajo Social*. Humanitas, Buenos Aires, 1988.

AQUIN, N.: *La relación sujeto-objeto en el Trabajo Social, una resignificación posible en la especificidad del Trabajo Social y la formación profesional*. Espacio Editorial, Argentina, 1996.

AYLWIN DE BARROS, N.: *El Trabajo Social como profesión*, Revista de Trabajo Social. Santiago de Chile, 1986.

BARKER, R.: *The Social Work Dictionary*. Washington DC, NASW Press, 2003.

BERMEJO, F.: *La Ética del Trabajo Social*. Centros Universitarios de la Compañía de Jesús. Bilbao, 2002.

BOWLBY, J.: *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*, Morata, Madrid, 1986.

BRONFENBRENNER, U.: *La ecología del desarrollo humano*. Paidós, Barcelona, 1987.

CASTEL, R.: *La inserción y los nuevos retos de las intervenciones sociales*. Endymion, Madrid, 1992.

CIFUENTES, P.: *Trabajo Social, identidad y desarrollo*, Revista Colombiana de Trabajo Social, N° 13, Bogotá, 1999.

GARCÍA, S.: *Especificidad y rol del Trabajo Social*, Humanitas, Buenos Aires, 1999.

GERGEN, K.: *Realidades y relaciones. Aproximaciones de la construcción social*. Paidós, Barcelona, 1996.

GIDDENS, A.: *Las nuevas reglas del método sociológico*. Amorrortu, Buenos Aires, 1987.

GOFFMAN, E.: *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires, 1970.

KISNERMAN, N.: *Pensar el Trabajo Social: Una introducción desde el Construccionalismo*, Lumen/Humanitas, Buenos Aires, 1991.

LLOVET, J.; USIETO, R.: *De la crisis de identidad a la profesionalización*. Editorial Popular. Madrid, 1990.

MENDOZA, R.: *Una opción metodológica para los Trabajadores Sociales*. Humanitas, Buenos Aires, 1980.

MORALES, J.F.: *El estudio de la exclusión social en la psicología social*. UNED, Madrid, 2003.

MORÍN, E.: *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa, Barcelona, 1994.

PAYNE, M.: *Teorías contemporáneas del Trabajo Social, una introducción crítica*, Paidós, Barcelona, 1995.

PICHÓN RIVIERE, E.: *Teoría del vínculo. Nuevavisión*, Buenos Aires, 1985.

QUIROZ, N.: *Repensar la identidad profesional: una posibilidad de volver al mito fundacional del Trabajo Social*. Revista de Trabajo Social, Santiago de Chile, 1999.

ROJAS-BERMUDEZ, J.: *Teoría y técnica psicodramáticas*. Paidós, Barcelona, 1997.

ROSELL, T.: *La entrevista en el Trabajo Social*, Euge, Barcelona, 1998.

VV.AA.: *Emoción y Motivación, la adaptación humana*. Centro de Estudios Ramón Areces, UNED, 2003.

WATZLAWICK, P. ; BEAVIN, J., JACKSON, D.: *Teoría de la Comunicación Humana*. Herder, Barcelona, 1991.



*El Retiro (Madrid), 1996. Luis C. Zamora*

# SERVICIOS SOCIALES.

## PLANTEAMIENTOS DE IDENTIDAD Y NECESIDAD DE UN SISTEMA

Silvia Perdomo Molina

DTS col. nº 658

Jefa de Sección de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Getafe

### RESUMEN

*En este artículo la autora trata de señalar posibles respuestas a preguntas esenciales para el Sistema de Servicios Sociales: ¿Qué son los Servicios Sociales? ¿Cuáles son sus cometidos? ¿Estamos ante un Sistema de Protección Social o ante un agregado de prestaciones que, en el marco de la política social, realiza una acción compensatoria que no es suficiente para organizar un sistema?*

*¿Es posible vertebrar un Sistema de Servicios Sociales que recorra todas las administraciones públicas y encuentre su base en el ámbito municipal? ¿Es posible ponerse de acuerdo sobre las características inherentes al mismo (objeto definido, visión, misión, principios, valores, competencias, coordinación con otros sistemas)? Porque hay síntomas de que esto pueda ser así; pero, en la realidad, pesa mucho más la existencia de prestaciones o servicios que continúan cubriendo los déficits de otros sistemas, únicamente mientras no resultan interesantes para los mismos.*

*El presente artículo trata de identificar elementos de identidad diferenciados, que han influido en la construcción de los Servicios Sociales. No pretende realizar un recorrido histórico, aunque alguna de las características expuestas resulta prevalente en determinados momentos históricos, sino que trata de comprender los principales planteamientos que han llevado a los Servicios Sociales a su situación actual.*

*Asimismo, ofrece una aproximación de respuesta a la pregunta sobre la necesidad de dicho sistema, fundamentando la misma en la práctica actual de los Servicios Sociales y en las dificultades que dicha práctica plantea y una conclusión donde se recogen las premisas que avalan la existencia de un sistema, las dificultades para desarrollarlo y las condiciones necesarias.*

### PALABRAS CLAVE

Relación de ayuda. Plan Concertado. Derecho de la ciudadanía. Vulnerabilidad. Interacción humana. Actores. Descentralización. Atención integral. Sistema de Servicios Sociales.

## PLANTEAMIENTOS DE IDENTIDAD EN EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS SOCIALES

No se trata de hacer un recorrido histórico, tampoco dar una panorámica actual, por países o por continentes, del desarrollo de los Servicios Sociales. Entre otras razones, por las dificultades metodológicas para abordarlo. La pretensión queda circunscrita a la recuperación de los cometidos otorgados a los Servicios Sociales, algunos de los cuales coinciden con momentos históricos determinados y otros se han ido engranando entre sí y desarrollando una práctica determinada que ha ido configurando su propia identidad.

Los Servicios Sociales no son un sistema reconocido de manera general, ni siquiera entre los países del entorno europeo, se confunden e interrelacionan con otros servicios. Esto no quiere decir que no se tenga conciencia de su importancia, pero según Fantova (Fantova 2008 p. 34) nos encontramos con:

- El uso, en algunos países, de términos diferentes al de Servicios Sociales.
- La confusión y falta de consenso existentes respecto a la definición de los Servicios Sociales.
- La dificultad de trazar fronteras entre los Servicios Sociales y otras ramas de actividad como las relacionadas con el empleo, la vivienda...<sup>1</sup>.

Sin embargo, el mismo autor señala que se observa un cierto aire de familia que se pone de manifiesto en las características siguientes (Fantova, 2008 p.34-35):

- El tipo de prestaciones, actividades, centros y programas de los que se habla (ayuda domiciliaria, servicios residenciales, centros de día...).
- El importante papel de las autoridades locales (descentralización de los Servicios Sociales) y de las organizaciones no gubernamentales en la provisión de Servicios Sociales, así como la creciente presencia de la iniciativa mercantil (economía mixta de los Servicios Sociales).
- Una importante orientación y estructuración de los servicios para colectivos definidos como vulnerables (personas menores, mayores, con discapacidad, inmigrantes, pobres...).

---

<sup>1</sup> FANTOVA, F. *Sistemas Públicos de Servicios Sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Cuaderno de Derechos Humanos nº 49. Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Universidad de Deusto 2008.

- Una creciente presencia de discursos y prácticas en clave de orientación de los servicios a las personas usuarias, proximidad, participación ciudadana, calidad de servicio, calidad de vida...).
- Un escenario notablemente fragmentado y desarticulado con importantes déficit en materia de garantías y equidad<sup>2</sup>.

Si el contenido del artículo tuviera que ver con los planteamientos de identidad de otros sistemas, como los de salud y educación, no habría una dificultad tan marcada, aunque también se trataría de un trabajo arduo. Probablemente, esto sea así porque los sistemas de salud y educación tienen un campo de actuación definido y común al espectro de países europeos e incluso de otros continentes, su misión es clara y han conseguido transmitir una imagen, en cuanto a sus objetivos y tareas, que los hacen identificables por la sociedad (usuarios, otros servicios, todos los niveles de la administración, iniciativa pública y privada, etc...). Además comparten una característica fundamental en nuestro entorno, la educación y la salud en la mayor parte de los países europeos son un derecho subjetivo.

Por los motivos anteriores, este artículo contiene pretensiones aclaratorias, partiendo, como base, de la concepción de la relación de ayuda. Bermejo y Martínez (1998 p. 12)<sup>3</sup> realizan una definición sobre este tipo de relación:

*La relación de ayuda es aquella que intenta hacer surgir una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes en el individuo, familias, grupos, comunidad y un uso más funcional de los mismos.*

Está marcada por el establecimiento de una interacción (relación) entre el ayudante y el o los ayudados. Esta relación, para que realmente sea eficaz en su objetivo de hacer surgir los recursos, debe situarse en un marco de franqueza y confianza, presidido por el desarrollo de una actitud empática, que debe envolver todo el proceso de ayuda.

En el marco de la relación de ayuda, el sujeto se siente comprendido, escuchado, aceptado... pero también recibe reformulaciones sobre lo que está planteando, acicates para poder avanzar y seguridades de que en él mismo o en su entorno existen recursos latentes que son necesarios descubrir y poner en funcionamiento.

---

<sup>2</sup> *Ídem.*

<sup>3</sup> BERMEJO, J.C y MARTINEZ, A. *Relación de ayuda, Acción Social y Marginación*. Sal Terrae. Madrid 1998.

El ritmo del proceso lo marca el sujeto (individuo, familia, grupos, comunidad), él es el verdadero protagonista de la intervención y quien decide cuál es el rumbo hacia el que quiere orientar su vida. El profesional plantea como límites a esta decisión el marco normativo vigente y la seguridad de protección a los miembros más débiles (menores de edad, personas mayores, violencia de género, etc...).

¿Por qué acudir a la relación de ayuda para abordar los aspectos definitorios de los Servicios Sociales? Porque es la tarea fundamental a la que se han dedicado y se dedican estos servicios a lo largo de su historia, con mayor o menor fortuna, con mayor o menor utilización de métodos y técnicas, con mayor o menor cercanía o lejanía de las personas, con mayor o menor participación y protagonismo de las mismas.

Las diferentes concepciones que se van a abordar, aunque en algunos casos puedan ser identificables en el tiempo, conviven en la práctica cotidiana; incluso algunas de las concepciones pueden resultar complementarias.

Este recorrido nos lleva a señalar los siguientes planteamientos de identidad:

### **Beneficencia/Asistencia**

Desde este planteamiento, la relación de ayuda se establece en base a las carencias, a las necesidades de una parte de la población. En un primer momento se están abordando necesidades primarias, básicas para la supervivencia del ser humano (orfandad, mendicidad, enfermedades, es decir, vestido, comida, techo...) posteriormente se abordan necesidades o carencias de otro calado (necesidad de educación, de afecto) hasta llegar a situaciones más complejas de relación de ayuda, en las que se aborda la interacción del ciudadano con su medio.

La característica esencial de este modelo de ayuda es ofrecer al otro aquello de lo que carece y que necesita para sobrevivir, bien en necesidades básicas o bien en necesidades de mayor nivel. Esta forma de concebir la ayuda va desde los comedores benéficos hasta las actuales ayudas concedidas para atender a los grandes dependientes...

Según Demetrio Casado (2007 p.102)<sup>4</sup> *la palabra beneficencia aparece en castellano en el siglo XV y proviene de la latina beneficentia, derivada de bene (bien) y facere (hacer). Así pues, en su acepción etimológica, beneficencia es la virtud o la práctica de hacer el bien. No obstante, el uso lingüístico concentró dicho significado en las funciones de ayuda a los menesterosos.*

Hacer el bien hizo mucho bien, valga la redundancia, a la humanidad. Se descubrieron nuevas formas de cuidar a los otros, tanto en sus cuerpos enfermos o necesitados como en sus afectos; se avanzó en la configuración de una relación de ayuda que pudiera realmente servir para que la persona introdujera cambios en su vida.

Sin embargo, desde este planteamiento, el análisis de lo que el otro necesita, no suele ser bidireccional. No se tiene en cuenta la opinión o los deseos del otro. El que ayuda sabe lo que tiene que dar y el que recibe debe limitarse al papel de receptor. En sus formas más atemperadas, se puede llegar a pactar con la persona o con la familia, las características de la ayuda; sin embargo las ayudas suelen estar definidas y cerradas con anterioridad (Ejemplo: Cartera de Servicios de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia).

Las posturas profesionales que se desarrollan, a partir de esta forma de concebir la relación de ayuda, se pueden definir de la manera siguiente:

- **Paternalismo:** “Yo tengo y ellos no tienen, yo sé y ellos no saben, yo soy bueno y ellos son el objeto de mi bondad. Afortunadamente, yo estoy en una situación más privilegiada, para ayudar a estos pobrecitos”.
- **Asistencialismo:** Se produce como resultante de aplicar recursos externos existentes a las necesidades detectadas. Desde esta postura, la relación de ayuda sólo es posible si ante las necesidades que la población plantea se cuenta con un número de recursos determinados, sujetos a baremo y aplicables de forma casi automática. En este modelo de intervención, no se tienen en cuenta los recursos del propio individuo, de la familia, del grupo o de la comunidad.

---

4 CASADO, D. y FANTOVA, F. (coords). *Perfeccionamiento de los Servicios Sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre Autonomía y Dependencia*. Cáritas Española y Fundación Foessa, Madrid 2007.

El paternalismo siempre ha sido más atribuido a organizaciones de carácter filantrópico o religioso (se ayuda a “los más pobres” desde una postura del que tiene o del que opta voluntariamente por entregar su vida, en ambos casos con posturas que denotan superioridad). El asistencialismo, sin embargo, se ha atribuido a organizaciones de corte administrativo funcionarial (los funcionarios no se complican la vida y se ajustan a los recursos existentes y al baremo establecido).

En la práctica, ambas posturas se pueden observar en todo tipo de instituciones. Cuando en instituciones de la administración pública se utiliza la frase “Usted lo que tiene que hacer es...” (con su relación de pareja, con su trabajo, con sus hijos), se está cayendo en un paternalismo de corte directivo y cuando en organizaciones filantrópicas o religiosas se utiliza la crítica despiadada a la administración por no contar con los recursos externos suficientes para hacer frente a todas las situaciones de necesidad, se está cayendo en un planteamiento asistencialista, sin explorar otras posibilidades que intenten poner en marcha recursos internos o externos de la persona y del entorno.

### **Control (de lo diferente)**

Es una de las características de todos los sistemas de protección, en cualquier modelo de Estado (autoritario y democrático). Supone ejercer un control determinado sobre la ciudadanía. En el caso de los Servicios Sociales este control se ha querido dirigir siempre hacia lo diferente, que, aunque minoritario, distorsionaba al resto de la sociedad; de ahí que en un buen número de intervenciones se hayan sectorializado: personas con problemas de drogodependencia, dedicadas a la prostitución, menores maltratados, personas dependientes y/o con discapacidad, sin techo, exreclusos y pobreza en general... En la actualidad, se añade un nuevo sector de población: la población inmigrante, pero únicamente el grupo más desprotegido de la misma (provenientes de los países del Sur y del Este, sin papeles, en situación ilegal, en paro, etc...).

Desde esta concepción, la relación de ayuda se transforma en control y su objetivo, en el mejor de los casos, pretende situar a esta población dentro de lo integrado, lo normal, el resto de la sociedad o, cuando ello no se considera posible, mantener apartado lo que no se puede integrar.

Se piensa en base al siguiente esquema:



En la práctica, esta concepción supone una posición acrítica: la sociedad se encuentra situada en el lugar en el que tiene que estar. La relación de ayuda consiste en realizar un trabajo para que lo que está fuera se integre dentro. Para ello, la sociedad destina a un conjunto de profesionales, voluntarios y organizaciones que depuran lo diferente para poder hacerlo convivible con el resto.

Trabajar la relación de ayuda desde esta perspectiva, lleva, ineludiblemente, a desarrollar actitudes paternalistas o, por el contrario y como reacción, actitudes igualitarias y reivindicativas, convirtiendo a los profesionales o a las entidades que se suponía que deberían ejercer control, en fuerzas de presión dirigidas contra el propio sistema. Podemos definir estas actitudes como:

- **Actitud igualitaria:** sufrir con los ayudados en sus dificultades, justificando sus pocas ganas de salir de donde están; “realmente, nosotros en su situación, estaríamos igual.
- **Actitud reivindicativa:** utilizar las dificultades de las personas, para reivindicar determinados cambios: “la culpa es siempre de las administraciones que no actúan bien”. “La familia es una pobre víctima de estos desmanes administrativos”.

## Reconceptualización latinoamericana y su influencia en España

Surge a principios de los años 70, en países como Brasil, Uruguay, Argentina y más tarde Chile. Su objetivo principal era dotar de una misión diferente a la profesión del Servicio Social o Trabajador Social. Toman como marco de referencia la realidad sociopolítica de dichos países. Desde este marco la beneficencia o el control que se ejercía desde los Servicios Sociales, no respondían al empuje sociopolítico que se vivía en ese contexto histórico. Sirvan, a modo de ejemplo, las siguientes citas:

Se define la reconceptualización por Carlos Eroles<sup>5</sup> como “...el cambio de los presupuestos filosóficos y científicos, de los contenidos metodológicos y de la praxis profesional en Servicio Social, en busca de una adecuación de los mismos a las exigencias de la realidad política, económica, social y cultural de los pueblos latinoamericanos, a los nuevos aportes de las ciencias sociales y a los valores que las nuevas generaciones transmiten a un mundo que vive en un acelerado proceso de transformación”.

Luis Araneda<sup>6</sup> concreta aún más el modelo de profesional que se necesitaba: “Se ve imprescindible entender la profesión o al profesional comprometido con las clases sociales postergadas. Es decir, se trata de analizar los distintos contenidos del Servicio Social a la luz de los cambios sociales que surgen en forma vertiginosa y adecuarlos a los verdaderos requerimientos de la sociedad”.

Se buscaba un modelo de profesional y de Servicios Sociales comprometidos con la realidad, que en ese momento significaba una lucha política –desde planteamientos marxistas- para conseguir la transformación de las estructuras que organizaban el poder. Paulo Freire, con su aportación sobre la Pedagogía Liberadora tuvo también trascendencia e influencia en esta reconceptualización, sobre todo a nivel de su desarrollo metodológico.

La importante aportación de este nuevo planteamiento, se encuentra en concebir a la persona como sujeto activo de su historia, No se puede hacer por ella, se puede actuar junto a ella, ayudar a que se motive y se ponga en movimiento para cambiar aquello que le causa dolor o es injusto.

Pero, desde esta concepción, la persona se diluía en el movimiento organizado de la población, único capaz de conseguir los cambios necesarios. No se perseguían tanto los cambios personales o de relación con el otro (pareja, familia, red relacional) como los cambios comunitarios o sociales más amplios, entendiendo que sólo estos producirían el cambio individual, al crear nuevas condiciones de vida y de relación, donde las personas se convirtieran en sujetos activos, protagonistas de su historia.

---

5 EROLES, C. *Encuesta sobre reconceptualización del Servicio Social*. Selecciones del Servicio Social n° 12. Buenos Aires, diciembre 1970.

6 ARANEDA L. *Encuesta sobre reconceptualización del Servicio Social*. Selecciones del Servicio Social, n° 14/15. Buenos Aires, diciembre 1971.

En la práctica, la concreción metodológica pasaba por tres momentos necesarios:

- **Concientización:** cuando una persona o grupo humano toma conciencia e interioriza qué es lo que está pasando, cómo funciona la sociedad que le rodea, su pequeña comunidad (no él ni su familia) y cómo esto motiva que permanezca en la misma situación.
- **Movilización:** cuando decide junto con otros hacer algo y empiezan a reunirse y a pensar en conjunto qué es lo que se puede hacer.
- **Organización:** cuando pasa a planificar su acción con los demás y crea una estructura ciudadana que le permita conseguir la fuerza suficiente, aunando los recursos de todos, para hacer posible el cambio.

Esta forma de intervención, cargada de un alto componente de intervención política, influyó en las Escuelas de Trabajo Social de los años 70 y 80 en España, dado que la realidad sociopolítica del momento también la hacía propicia, y fue la base del desarrollo de los Servicios Sociales en su dimensión de desarrollo comunitario.

## **Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales**

Durante el primer gobierno socialista, se crea, por primera vez en España, el Ministerio de Asuntos Sociales. La primera ministra de asuntos sociales, D<sup>a</sup> Matilde Fernández, en declaraciones a la revista “Sesenta y Más” (2007, p 14)<sup>7</sup> expone:

*“Me pareció inteligentísima la creación del Ministerio de Asuntos Sociales por parte del presidente Felipe González. Algunas veces pienso que si se hubiera creado un poquito antes, tal vez, hubiéramos conseguido desarrollar una Ley Básica de Servicios Sociales que nos hubiera permitido disponer de un marco legislativo como tienen educación o sanidad. El Ministerio de Asuntos Sociales era el Ministerio pequeño de las Políticas Sociales, pero conseguimos duplicar el porcentaje de gasto social en cinco años y eso los ciudadanos lo notan, aunque fuese una pequeña cantidad en relación a los otros ministerios que universalizaron la sanidad y la educación, hitos de esa época”.*

---

7 Entrevista a Matilde Fernández *La Ley de Dependencia puede ser una gran ley para cohesionar España*. Sesenta y Más. Madrid, 2007.

Posteriores reformulaciones del mismo Ministerio no han llegado a utilizar nunca la denominación de Servicios Sociales, pasando a ser Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Ministerio de Educación, Política Social y Deportes o en la actualidad Ministerio de Sanidad y Política Social, difuminando aún más el contenido de los Servicios Sociales, puesto que la política social es un marco en el que se insertan las actuaciones de prácticamente todos los pilares del Estado de Bienestar Social.

De todas formas, la no creación en ese primer momento de la Ley Básica de Servicios Sociales de la que habla la ex ministra se trató de paliar con la puesta en marcha del denominado Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales, que bajo la forma de convenios se formaliza entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas (CC.AA.), a partir de 1988.

Este Plan encontraba su fundamento legal en la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local (7/1985 de 2 de abril) que establecía la competencia municipal en la prestación de Servicios Sociales (art. 25.2k), determinando su carácter obligatorio en lo que a Municipios mayores de 20.000 habitantes se refiere (art. 26.1.c). El Plan pretendía establecer unas estructuras prestacionales -Servicios Sociales- que diesen respuesta a las necesidades sociales de los ciudadanos, dejando a las Leyes Autonómicas la potestad, como no podía ser de otra manera, de desarrollar el contexto legal en el que insertar este Plan. En ese momento ya había algunas leyes autonómicas de Servicios Sociales que estaban en funcionamiento. Entre otras, la primera Ley de la Comunidad Autónoma de Madrid.

El Plan, además, pretendía, a través de la fórmula de convenio administrativo, articular la cooperación económica y técnica entre la Administración del Estado y las comunidades autónomas, para colaborar con las entidades locales en el cumplimiento de las obligaciones que éstas han de llevar a cabo en materia de Servicios Sociales.

Reconoce una serie de **prestaciones básicas** que han de garantizar los Servicios Sociales en el ámbito local (Plan Concertado, 1988 p 5-8)<sup>8</sup>:

- **Información y orientación**, dirigida a individuos, grupos e instituciones sobre los derechos que pudieran corresponderles y los recursos sociales existentes, así como asesoramiento especializado sobre problemas sociales y su canalización, cuando sea necesario, a los demás Servicios Sociales existentes.

- **Prevención e Inserción Social**, intervenciones realizadas por equipos profesionales, dirigidas a personas y colectivos en situaciones de riesgo o marginación social, con el objeto de prevenir marginaciones sociales y, en su caso, lograr la reinserción familiar y social.
- **Ayuda a Domicilio**, prestación de una serie de atenciones a los individuos y/o familias en su domicilio, cuando se hallen en situaciones en las que no es posible la realización de sus actividades habituales, o en situaciones de conflicto psico-familiares para algunos de sus miembros.
- **Alojamiento y Convivencia alternativa** para las personas que carecen de ambiente familiar adecuado.

Interesa asimismo resaltar que, si bien lo relativo a la “Solidaridad Social, la cooperación, autoayuda y voluntariado” no se consideran a efectos de estos Convenios, como “Prestación Básica” (ninguna Administración puede “garantizarlas”), todas las prácticas y formulaciones de las Administraciones concertantes, coinciden en plantearse el fomento de las expresiones de solidaridad, como un complemento necesario para la efectividad social de las antedichas Prestaciones.

Para poder garantizar estas prestaciones, el Plan crea unos Equipamientos, con recursos materiales, humanos, técnicos y financieros, que configurarán la red de atención de Servicios Sociales Municipales. Estos equipamientos, según el documento anterior (Plan Concertado, 1988, p. 9) son:

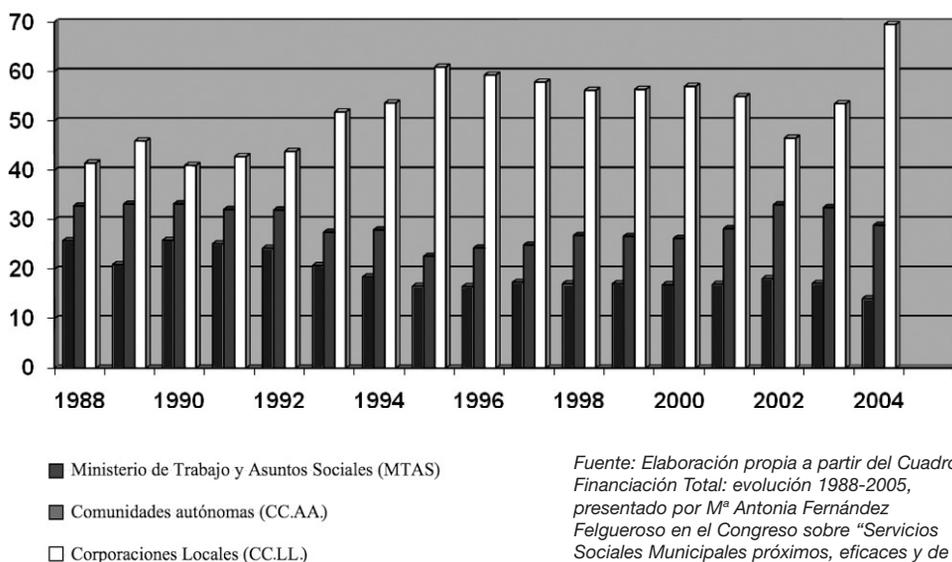
- **Centros de Servicios Sociales:** equipamientos de carácter comunitario, dotados de los equipos técnicos, incluidas las Unidades Básicas de Trabajo Social o denominación similar, y los medios necesarios que den soporte a las prestaciones básicas enumeradas.
- **Albergues:** servicios destinados a procurar con carácter temporal, la Prestación de Alojamiento a transeúntes sin medios económicos y a otras personas marginadas, atendiendo, asimismo, a su inserción personal y social.
- **Centros de Acogida:** establecimientos residenciales no permanentes, destinados a acoger, en medida de urgencia, a personas en situación de graves conflictos convivenciales o carentes de medio familiar adecuado, procurando el necesario tratamiento para la normalización de la convivencia.

---

8 Ministerio de Asuntos Sociales. *Plan Concertado para el desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales*. 1988.

Para su financiación, el Plan Concertado pretendía organizar un esfuerzo compartido entre las tres administraciones (Central, Autonómica y Local), que pasando por diferentes cifras adquirió la fórmula de 1/3 por cada Administración (33% Estado, 33% las CC.AA. y 33% las administraciones locales).

Posteriormente, una vez iniciada esta fórmula de convenios en 1988, la Red de Servicios Sociales en el ámbito local no ha dejado de crecer y han sido las Administraciones Locales quienes han tenido que asumir la mayor parte del gasto que ha venido suponiendo la atención a la ciudadanía, tal como podemos observar en el siguiente cuadro.



Los datos evidencian una mayor aportación de las Corporaciones Locales, con un porcentaje elevado que responde a la responsabilidad competencial de la Administración Local, que a lo largo de los años de desarrollo del Plan Concertado ha ido aumentando su porcentaje de financiación, en una clara y evidente asunción de competencias y prestaciones de Servicios Sociales a los ciudadanos.

La crisis en la financiación del Sistema de Servicios Sociales de esta manera está garantizada, puesto que las haciendas locales en su conjunto arrastran un déficit

presupuestario cada vez más amplio, ya que, entre otros extremos, siguen sin producirse las transferencias financieras de las Comunidades Autónomas y del Estado hacia ellas.

Pero, al margen de los problemas de financiación, este Plan supuso un intento de unificación y coherencia, dando el salto hacia un Sistema de Servicios Sociales homogéneo en el territorio español. Objetivo que no fue del todo conseguido, dado que las diferentes leyes de Servicios Sociales autonómicas podían presentar, como así sucedió en la práctica, diferentes concepciones del propio sistema, de sus características y de su estructura, sin que haya existido una Ley estatal que señale el marco en el que desarrollar dicho sistema.

El Plan Concertado plantea prestaciones básicas y equipamientos necesarios, pero no llega a plantear aclaraciones conceptuales sobre la diferencia entre prestaciones, servicios, equipamientos, centros... Engloba los recursos técnicos, humanos y financieros en el marco de los equipamientos y dirige especialmente su acción al control de la población denominada marginal, aunque deja la puerta abierta a otros tipos de intervenciones en el marco de la Información y Orientación, dirigida a toda la población.

## **Derecho a la ciudadanía y a los Servicios Sociales**

Si se parte de algunos planteamientos liberales y neoliberales, es posible señalar una realidad sociológica constatable en el funcionamiento de la sociedad: “no todos pueden llegar”... las condiciones socio-económicas pueden impedir que capas más o menos amplias de la población tengan acceso a los instrumentos necesarios para “poder llegar”: educación, cultura, sanidad, etc...

Este planteamiento puede ser modificado: no se trata de que “no todos puedan llegar”, es que algunos lo tienen más difícil que otros. En este marco, los colectivos reconocidos tradicionalmente como pobres, marginados, excluidos, etc..., han venido siendo señalados como aquellos que no podían llegar. A ellos se ha venido dirigiendo el Sistema de Servicios Sociales en sus variadas vertientes de asistencia, control, inserción, prevención. Generalmente se trataba de una problemática transgeneracional: pasaba de padres a hijos y resultaba difícil romper con esta dimensión “hereditaria”<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Parece necesario puntualizar, que el concepto hereditario, aquí utilizado, hace referencia a las condiciones socio-económicas y sobre todo a modelos educativos y afectivos que se transmiten de generación en generación y no a elementos genéticos que predispongan biológicamente a la pobreza.

Manuel Castells<sup>10</sup> nos muestra que la situación social está variando, como resultado de los cambios que la globalización económica (también política y cultural) va imponiendo a la sociedad global. Richard Sennet (2006 p. 124) al analizar las variaciones que las nuevas modalidades del mercado de trabajo imponen a la sociedad actual también señala un nuevo escenario: *“Hoy el fracaso ya no es la perspectiva normal a la que se enfrentan los muy pobres o los desfavorecidos; se ha vuelto más familiar como hecho común en la vida de la clase media... Las reconversiones de empresas y las reducciones de plantilla imponen a la clase media desastres repentinos que en el capitalismo anterior estaban mucho más limitados a las clases trabajadoras”*<sup>11</sup>.

¿Cómo se concreta dicho escenario y en qué afecta al Sistema de Servicios Sociales? ¿Es solo resultado de la modificación de la relación hombre-trabajo en la nueva evolución del sistema productivo? Lo que parece claro es que modifica el discurso de “los que no pueden llegar”; ya no se trata solo de los pobres, excluidos, marginados, sino de la vulnerabilidad<sup>12</sup> y ésta es una situación en la que se pueden encontrar, en cualquier momento de sus vidas, todos los seres humanos.

Veamos algunos ejemplos de perfiles de vulnerabilidad:

- Parejas constituidas a edades muy tempranas y que inician su vida en común con o sin la presencia de hijos.
- Parejas en procesos conflictivos de separación o divorcio, incapaces de negociación, utilizando un diálogo perverso entre ellos o utilizando a los hijos menores de edad (guarda y custodia, derecho de visita) para causar el mayor daño posible al otro.
- Parejas en procesos, conflictivos o no, de separación o divorcio en las que se produce un empobrecimiento económico, en comparación con la situación anterior, y que presentan dificultades de adaptarse al mismo.
- Padres y madres con dificultades para señalar normas y límites a sus hijos menores de edad, es decir, con dificultades de crianza y educativas.
- Padres y madres con hijos adolescentes o jóvenes, con los que mantienen una relación violenta, generalmente de los hijos hacia los padres.

---

10 CASTELLS, M. “La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol. 1”. *La sociedad red*. Alianza editorial. Madrid. 2001.

11 SENNET, R. “La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo”. Anagrama. Madrid 2006.

12 Ayuntamiento de Getafe. Servicios Sociales. *Itinerario de inclusión social*. Documento inédito, 2007.

- Familias reconstituidas, con hijos de uniones anteriores, hijos de la nueva unión, cada uno de los hijos puede tener un vínculo legal diferente con sus padres (guarda y custodia de un solo progenitor, guarda y custodia compartida, sólo derecho de visita, tutela, etc...).
- Familias instantáneas: se identifica con este nombre a familias sobre todo de procedencia inmigrante que se constituyen como tales en muy corto espacio de tiempo, muchas de ellas son interculturales (cada miembro de la pareja proviene de un país diferente, generalmente país extranjero y país de acogida).
- Violencia de género—se da en todas las capas sociales.
- Maltrato infantil—se da en todas las capas sociales.
- Maltrato a las personas mayores, menos estudiado aún que los dos perfiles anteriores, pero que empieza a mostrarse no sólo en sus aspectos físico o psicológico, sino también en la toma de decisiones, suplantando la capacidad del mayor no incapacitado (en los ámbitos de su economía, de su salud, de su alojamiento, etc...).
- Personas mayores o con discapacidad, con dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- Personas aisladas, sin redes. Afecta sobre todo a las personas mayores—cuya red va desapareciendo sobre todo por motivos biológicos—, pero también se observa en un número cada vez más amplio de la población: hombres separados o divorciados, mujeres dedicadas exclusivamente al cuidado de la pareja y los hijos, cuando estos se marchan o desaparecen —síndrome del nido vacío—, personas que han iniciado solos un proyecto migratorio, personas con duelos patológicos, etc...
- Jubilaciones y prejubilaciones, en personas que no han desarrollado otras habilidades diferentes al hábito laboral y que encuentran ante ellos largos espacios de tiempo. En el caso de las prejubilaciones este fenómeno suele aparecer después del primer año de producirse la prejubilación.
- Familias con un proyecto migratorio, que han dejado en el país de origen a uno o varios miembros de la misma (pareja, hijos) y que después de varios años logran la reagrupación familiar.
- Personas con dificultades para acceder al mercado laboral: por falta de hábitos laborales, por discapacidades, por fracasos en trabajos anteriores, por edad, por género, etc....
- Colectivos de personas afectados por alguna problemática específica (enfermedad, duelos, discriminación social, etc.) que buscan en el asociacionismo un cauce reivindicativo y de ayuda.

- Familias “normalizadas”, habiendo sobrevenido una situación de desempleo, en época de crisis, con endeudamiento por el pago de hipotecas y alquileres, y sin posibilidad de hacer frente a dicha deuda, encontrándose sin apoyos familiares.
- Colectivos de personas que quieren dedicar su tiempo a trabajar en proyectos de relación de ayuda o de actividades socio-culturales dirigidas a otros ciudadanos, enmarcándose o sin enmarcarse en una organización no gubernamental concreta. Este último perfil, se recoge, no tanto porque en sí mismo sea vulnerable, sino porque es un apoyo para intervenciones preventivas y de inserción de las situaciones de vulnerabilidad.

Todos esos perfiles, incluido aquellos en los que además se dan situaciones de pobreza o exclusión, tienen derecho, si así lo desean<sup>13</sup>, a recibir una ayuda profesionalizada, técnica que les permita superar sus dificultades y poder materializar sus proyectos (individuales, familiares, grupales, asociativos, etc...).

La ayuda puede adquirir diferentes naturalezas:

- Asistencial, bajo la forma de prestaciones: recursos económicos y técnicas o servicios concretos (residencias, centros de día, etc...).
- Intervención para el cambio, bajo la forma de prestación profesional, en la que un experto entable una relación de ayuda que les permita introducir los cambios necesarios para adquirir un mayor bienestar.
- Desarrollo comunitario, bajo la forma de acompañamiento social a grupos y colectivos para ir afianzando las redes participativas y vecinales y evitando situaciones de aislamiento.

Y debe insertarse en las diferentes dimensiones de los modelos de intervención:

- Modelos **preventivos**, que sean capaces de remover los obstáculos que impiden a los ciudadanos el acceso al Bienestar Social, antes de que estos obstáculos sean más insalvables.
- Modelos de **tratamiento** para restaurar los posibles daños.
- Modelos de **inserción** para que todos puedan formar parte de la sociedad.

---

13 Es necesario señalar que, en los perfiles de maltrato infantil y violencia de género, la intervención del Sistema de Servicios Sociales y de cualquier otro sistema de protección, en aras a la protección de los miembros más débiles, se puede producir aunque no lo deseen las personas implicadas. Esto puede hacerse extensivo, con matizaciones, al maltrato a las personas mayores y a las personas con discapacidad.

Así, nos encontramos con un nuevo elemento que va a influir en la definición de un Sistema de Servicios Sociales: el desarrollo de la sociedad democrática, bajo el modelo del Estado de Derecho y de Bienestar y la concepción de ciudadanía con derecho de acceso al Bienestar Social y a los sistemas que lo procuran.

El derecho de acceso al Bienestar Social hace referencia a todos los sistemas que desarrollan el Estado de Bienestar: salud, trabajo, vivienda, educación, garantía de ingresos, servicios sociales.

En España, algunos de estos sistemas tienen claramente definidas sus condiciones de acceso, el contenido de las prestaciones que ofrecen, el carácter gratuito o no de estas prestaciones y las vías administrativas y jurisdiccionales para exigir su aplicación (sobre todo los sistemas de educación y salud). Otros aún no se han desarrollado suficientemente, a pesar de que están planteados en la Constitución Española, como el acceso a la vivienda, al trabajo y la garantía de ingresos (aunque éste último ha experimentado un gran avance con la implantación de las pensiones no contributivas y las rentas mínimas de inserción). Por último, hay sistemas, como el de Servicios Sociales, que se encuentran en pleno debate y defensa de su espacio como pilar del Estado de Bienestar Social. La legislación reciente que ha venido a garantizar el derecho subjetivo de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia resulta a todas luces un innegable avance, pero, por el momento, añade más confusión y dificultad para el desarrollo y reconocimiento del Sistema de Servicios Sociales, como cuarto pilar del Estado de Bienestar<sup>14</sup>.

---

14 Tanto es así que, desde algunas instancias gubernamentales, se ha atribuido y se sigue atribuyendo el título de “cuarto pilar del Estado de Bienestar” al propio sistema para la autonomía y la atención a la dependencia constituido en el título preliminar de la Ley de Dependencia, en lugar de atribuírselo al Sistema de Servicios Sociales en su conjunto, en el que el primer sistema debe quedar enmarcado.

## NECESIDAD DE UN SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

### Posiciones sobre los Servicios Sociales

Cuando las Instituciones Públicas se refieren a los Servicios Sociales, lo hacen desde dos posiciones muy diferenciadas, aunque no deberían resultar contradictorias.

- Por un parte, hay Instituciones que utilizan la denominación “Sistema de Servicios Sociales” y lo consideran como uno de los pilares del estado de bienestar social.
- Otras Instituciones utilizan diversas denominaciones y se fijan sólo en algunos aspectos de los contenidos de los Servicios Sociales, tal como hace el Estatuto de Autonomía catalán.

Como representación de la primera postura se puede analizar la Comunicación de la Comisión de las Comunidades Europeas 2006, sobre los Servicios Sociales de interés general, que responde a la pregunta “¿Qué se entiende por Servicios Sociales en la Unión Europea?” de la siguiente manera:

*“Más allá de los servicios sanitarios propiamente dichos, que no se recogen en la presente Comunicación, pueden incluirse en uno de los dos grandes grupos siguientes:*

*Los sistemas legales y los sistemas complementarios de protección social, en sus diversas formas de organización (mutualidades o profesionales), que cubren los riesgos fundamentales de la vida como los relacionados con la salud, la vejez, los accidentes laborales, el desempleo, la jubilación o la discapacidad.*

*Los demás servicios esenciales prestados directamente a la persona. Estos servicios ejercen una función de prevención y de cohesión social, y aportan una ayuda personalizada para facilitar la inclusión de las personas en la sociedad y garantizar la realización de sus derechos fundamentales. Incluyen, en primer lugar, la ayuda a las personas para afrontar retos inmediatos de la vida o crisis (endeudamiento, desempleo, toxicomanía o ruptura familiar). En segundo lugar, abarcan las actividades destinadas a asegurar que las personas en cuestión posean las competencias necesarias para su inserción completa en la sociedad (rehabilitación o formación lingüística para inmigrantes) y, en particular, en el mercado laboral (formación o reinserción profesional). Estos servicios completan y sostienen el papel de las familias en los cuidados desti-*

*...nados, en particular, a los más jóvenes y a los mayores. En tercer lugar, forman parte de estos servicios las actividades destinadas a garantizar la inclusión de las personas con necesidades a largo plazo debidas a una discapacidad o a un problema de salud. En cuarto lugar, también se incluye la vivienda social, que permite un acceso a la vivienda a las personas con escasos ingresos. Huelga decir que determinados servicios pueden incluir cada una de estas cuatro dimensiones (la enseñanza y la formación, si bien son servicios de interés general con una clara función social, no son objeto de la presente Comunicación) (CCE, 2006: 4)”.*

*“...los Servicios Sociales presentan una o varias de las siguientes características organizativas:*

- *Funcionamiento sobre la base del principio de solidaridad que requiere, en particular, la no selección de los riesgos o la falta de equivalencia a título individual entre cotizaciones y prestaciones.*
- *Carácter polivalente y personalizado que integre las respuestas a las distintas necesidades para garantizar los derechos humanos fundamentales y proteger a las personas más vulnerables.*
- *Ausencia de ánimo de lucro, especialmente para abordar las situaciones más difíciles y que se explican, a menudo, por motivos históricos.*
- *Participación de voluntarios y benévolo, expresión de una capacidad ciudadana.*
- *Integración marcada en una tradición cultural (local); en particular, esto se advierte en la proximidad entre el proveedor del servicio y el beneficiario, lo que permite tener en cuenta las necesidades específicas de este último.*
- *Relación asimétrica entre prestadores y beneficiarios que no se puede asimilar a una relación «normal» de tipo proveedor-consumidor y que requiere la aplicación de la fórmula del pago por terceros (CCE, 2006: 4-5)<sup>15</sup>”.*

Al analizar esta comunicación, se puede observar que recoge una buena parte de los perfiles de vulnerabilidad, analizados anteriormente y que serían objeto de atención suficiente para la organización de un sistema.

---

15 Comisión de las Comunidades Europeas. *Comunicación de la Comisión: Aplicación del programa comunitario de Lisboa: Servicios Sociales de interés general en la Unión Europea*. Bruselas 26/04/2006 {SEC (2006) 516}.

Como representación de la segunda postura, se puede entender la definición del cuarto pilar del Estado de Bienestar Social que realiza Vicenç Navarro (2007 p 32)<sup>16</sup>, acuñando la denominación de “servicios de ayuda a las familias” y planteando:

“Estando en aquel momento (año 2000) asesorando a un candidato a la presidencia del país en las elecciones legislativas, acuñé el término de 4º pilar del bienestar para definirlos, subrayando con la utilización de este término, que el Estado de Bienestar (que podía considerarse representado gráficamente por una silla que permitiera el apoyo y descanso de la población) tenía sólo tres pilares o patas; uno el derecho a la sanidad, otro el derecho a la educación, otro el derecho a las pensiones (con la aprobación de las pensiones no contributivas), pero le faltaba todavía un cuarto derecho (una cuarta pata a la silla), que era el derecho de los miembros de las familias a tener apoyo y ayudas por parte del estado en forma de transferencias y servicios, tales como escuelas de infancia para niños de 0 a 2 años y servicios domiciliarios para personas con dependencia. Este derecho es lo que llamé cuarto pilar del Estado de Bienestar, término que me alegra constatar que ha hecho fortuna, aún cuando lamento que su amplia difusión se ha hecho a costa de reducirla y limitar su significado a los servicios domiciliarios”.

El autor acude a una definición de servicios de ayuda a las familias, donde plantea la existencia de escuelas de infancia y los servicios domiciliarios de atención a la dependencia. Las escuelas de infancia, según una histórica reivindicación de los enseñantes y de la práctica mayoría de los miembros del sistema educativo, deberían formar parte del mismo, al plantear éste que el proceso educativo puede empezar desde esas edades tempranas. Cuando las escuelas de infancia, llamadas guarderías en años anteriores, no eran atendidas por el sistema educativo, el objetivo fundamental era abaratar costes, puesto que el personal dedicado a la atención y educación de los menores no eran maestros de infancia, sino auxiliares -este fenómeno se puede observar en la actualidad en comunidades como Murcia o Madrid, en el caso de Murcia con la utilización de eufemismos tales como centro de conciliación de la vida laboral y familiar-.

Los servicios domiciliarios de atención a la dependencia, desde antes de la proclamación de la Ley 39/2006, se encontraban en el marco de los Servicios Sociales. La ley citada viene a corroborarlo, aunque deja en manos de las Comunida-

---

16 NAVARRO, V. (director). *La situación social en España/III*. Programa de políticas públicas y sociales-UPF Fundación F. Largo Caballero. Biblioteca nueva. Madrid 2007.

des Autónomas su organización, así como la de los servicios no domiciliarios (residencias, centros de día, centros de noche) y la de los programas de prevención para promocionar la autonomía personal. La Ley, señala además la necesaria coordinación de dos sistemas (Servicios Sociales y Salud) en la puesta en marcha de esta atención domiciliaria, dadas las características sociales y sanitarias que precisa la atención a esta población.

Parecería que el llamado cuarto pilar del Estado de Bienestar, no se conformaría por la creación de un sistema de servicios de ayuda a las familias, sin dejar de resaltar el hincapié que el autor mencionado hace a la atención a las familias, considerando, además, que ésta ha constituido históricamente uno de los baluartes más decisivos de atención social.

En un esfuerzo por definir y delimitar los Servicios Sociales, aparece la propuesta de Fernando Fantova (2008 p 29-30) como integradora de las diferentes posturas y esclarecedora de una posible vía, que aún no está del todo explorada.

Se presenta, a continuación, un esquema surgido de la lectura de las ideas de este autor:

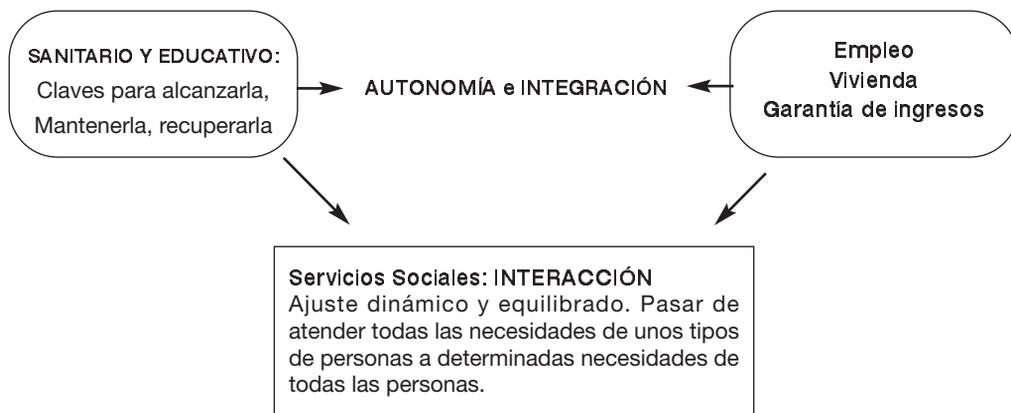
El autor expone cómo este sistema, junto a otros, realiza una acción pro bienestar bajo el paraguas de la política social, pero se pregunta ¿cuál es su finalidad distintiva, su bien protegible, su necesidad específica?

Fantova propone que la finalidad, el bien protegible, la necesidad específica sea la interacción humana, el ajuste dinámico entre la capacidad de desenvolvimiento autónomo de la persona en sus entornos vitales y el apoyo social disponible a través de sus vínculos familiares, convivenciales, comunitarios o relacionales en general.

Los sistemas sanitario y educativo estarían haciendo hincapié en el aspecto de potenciación de la autonomía. Los sistemas de empleo, vivienda y garantía de ingresos en el aspecto de integración. El Sistema de Servicios Sociales se reubicaría en la interacción entre la autonomía y la integración, es decir: el ajuste dinámico entre autonomía personal e integración relacional en cada contexto y momento del ciclo y el proyecto vital de cada persona”<sup>17</sup>.

---

17 FANTOVA, F. *Sistemas Públicos de Servicios Sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Cuaderno de Derechos Humanos nº 49. Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Universidad de Deusto 2008.



El autor analiza qué cambios sociales posibilitan esta concepción del Sistema de Servicios Sociales y encuentra los siguientes:

- Los colectivos vulnerables reivindican que todas las ramas o sistemas (educación, vivienda, empleo...) sean universalmente accesibles. No hay que tener ramas normalizadas y ramas especiales (Servicios Sociales).
- Incremento de las situaciones de dependencia (relacionados con la autonomía personal) y diversificación de los procesos de exclusión ((relacionados con la integración relacional) que además salen del ámbito de lo privado y se vuelven más públicos.
- Muchas medidas y prestaciones beneficiosas para determinados segmentos de la población se vuelven beneficiosas para el conjunto de la población.
- La mujer, que era la proporcionadora por excelencia de bienes relacionales en las redes familiares y comunitarias ya no se dedica exclusivamente a ello.

## Práctica actual de los Servicios Sociales

En la práctica conviven dos modos de concebir los Servicios Sociales, entre los actores principales de los mismos (políticos, técnicos y ciudadanía):

- En unos casos, pesa el contenido prestacional, económico y material.
- En otros, pesa la prestación de servicios técnicos.

Esta convivencia se encuentra mantenida por un lenguaje muchas veces contradictorio, en cuanto a la formulación de contenidos, misión, visión, objetivos e incluso principios; de tal manera que, en la práctica, podemos encontrar realidades muy diferentes de Servicios Sociales:

- Aquellas en que los actores consideran que la misión es estudiar necesidades y adjudicar recursos, materiales y económicos, a la ciudadanía, ajustándose a un baremo de concesión de prestaciones. Aquí, los profesionales actúan de elementos controladores, comprobando que la población reúna los requisitos necesarios para alcanzar dichas prestaciones y se desarrolla sobre todo, el aspecto asistencial de los Servicios Sociales.
- Aquellas en que los actores consideran que el objetivo es, sobre todo, poner en marcha los propios recursos de la ciudadanía (en los ámbitos individual, familiar, grupal o comunitario) para que sean los propios usuarios quienes introduzcan los cambios que ellos consideren necesarios y que les acerquen a mejores niveles de bienestar social, velando por la protección de los miembros más débiles (menores de edad, personas mayores, mujer, personas con discapacidad, etc...). Los profesionales, utilizando las prestaciones económicas y materiales como apoyos para conseguir lo anterior, trabajan con diferentes herramientas (vinculación, empatía, escucha activa, reformulación..., es decir: relación de ayuda).

La existencia de estos dos paradigmas diferentes y, en algunos casos, entremezclados, produce contradicciones en la misión que se le encarga a los Servicios Sociales. Estas contradicciones se manifiestan en un alto grado de confusión entre los actores. Además, la situación se complica, cuando se introducen o eliminan diferentes contenidos, según otras interpretaciones, que responden a intereses políticos, de reparto de poder y competencias, en lugar de buscar la coherencia de funcionamiento de un sistema. Las disfunciones anteriormente expuestas van a dar lugar a otras muchas dificultades, entre las que podemos señalar las siguientes:

- **Dificultades para delimitar el papel de lo público y lo privado:** desde afirmaciones como: “lo público gestiona e interviene muy mal, encareciendo excesivamente los servicios, debería quedarse en un nivel de planificación, supervisión/inspección”. Hasta otras como: “lo privado baja la calidad, porque abarata excesivamente costes y retiene un gran beneficio”.
- **Dificultades para descubrir el papel de la ciudadanía:** en todos los servicios destinados directamente a satisfacer las necesidades de las personas (educación, salud) éstas tendrían algo que decir. Los actores políticos de uno u otro signo, hablan de participación, pero quieren que sea una participación controlada. El mayor daño que se ha hecho al movimiento asociativo, en general, se produce cuando se ha pretendido controlar a sus líderes, ubicándolos en uno u otro signo. Sin pretender realizar una afirmación totalizadora, el movimiento asociativo camina hacia un clientelismo peligroso. Es un movimiento que provee de servicios, que depende de subvenciones administrativas y que olvida su tarea de denuncia y reivindicación, según el signo político que gobierne.
- **Dificultades para racionalizar el papel de los políticos, a los tres niveles** (estatal, autonómico y municipal). Cada cuatro años, un grupo de personas, a quienes frecuentemente les falta una experiencia suficiente en acción social, deciden disolver concejalías, consejerías, ministerios, crear otros, unificar, trasladar, repartir competencias... Cuando esta intervención se realiza sobre sistemas cohesionados (salud, educación, pensiones...) la práctica sigue siendo, más o menos, coherente. Pero, cuando esta intervención se realiza sobre sistemas poco cohesionados o con identidades poco claras (Servicios Sociales...), la práctica se modifica continuamente, produciendo desajustes y hasta incoherencias importantes.
- **Dificultades para optimizar el papel de los técnicos.** Estos han pasado por diferentes versiones del trabajo a desarrollar: personal asistencial, agentes de cambio, proveedores de recursos o impulsores de la creación de los mismos, introductores de elementos terapéuticos como herramientas necesarias para producir cambios, etc... Están confundidos y cuanto más tiempo llevan, más se produce la tendencia a acomodarse en aquellos estilos de intervención que más seguridad les produzcan. Así, frecuentemente, el estilo de intervención depende excesivamente de la experiencia personal y profesional de cada uno de los profesionales. Además, la falta de recursos humanos y de definición clara de ratios de atención produce la retirada hacia posturas cada vez más constreñidas (barreros de valoración de necesidades cerrados, delegación de funciones y responsabilidades en personal auxiliar o personal de jefatura, enclaustramiento en los despachos, abandono del trabajo comunitario, etc.).

- **Dificultades para lograr la coordinación con los otros sistemas.** Los Servicios Sociales pueden ser percibidos por los otros sistemas, como aquellos que extienden su intervención a sitios donde ellos no llegan, porque se encuentran enclaustrados en los edificios (hospitales, centros de salud, colegios, institutos...) o como aquellos que cubren déficits sociales, para que ellos puedan realizar mejor su trabajo. Esta percepción y la mayor compactación del resto de sistemas, sitúa a los Servicios Sociales en una situación de expectativa, en un terreno de nadie, sin un objetivo claro al que puedan dirigir su intervención. Ocurre, además, que, cuando los objetivos de intervención atendidos por los Servicios Sociales, vuelven a interesar a los demás sistemas, son recuperados por éstos y los Servicios Sociales vuelven a ser relegados.
- **Dificultades históricas para visualizar los Servicios Sociales.** Todo lo anterior, unido al carácter eminentemente práctico de los profesionales de los Servicios Sociales (gran número de diplomados: trabajadores sociales, educadores sociales y personal auxiliar: auxiliares de Servicios Sociales, auxiliares de ayuda a domicilio), han determinado un desarrollo histórico basado más en la intervención cotidiana con la ciudadanía en situación de vulnerabilidad social que una creación de fundamentos teóricos y marcos conceptuales que permitan incardinar, iluminar y dar sentido a esa práctica. En la actualidad, se visualiza más el sector privado de los Servicios Sociales que el sector público, que continua de espaldas a los planes de comunicación para que la ciudadanía y la sociedad en general perciba y sepa qué es lo que puede esperar de estos Servicios. Uno de los aspectos fundamentales es la dificultad de transmitir un mensaje que se asevera como incoherente, poco cohesionado y contradictorio.
- **Dificultades de financiación.** Buena parte de los fondos económicos estatales han pasado a las Comunidades Autónomas, pero no se ha producido la necesaria transferencia económica a los municipios. La financiación de los Servicios Sociales municipales está enmarcada en una subvención anual, que bajo la forma de Convenio, dice proveer en un 66% el coste de dichos Servicios. En la práctica, esta cantidad no llega al 49% del coste real del gasto municipal en esta materia. Esto es así porque los Servicios Sociales municipales han crecido en relación inversa a lo que ha aumentado la dotación de dichos convenios. Las subvenciones y los convenios deben tener un carácter finalista, para proyectos que duren lo que dura la vigencia de los mismos. Sin embargo, en este caso, se recurre a esta financiación para financiar planes, programas y servicios que llevan durando al menos tantos años, sin cambiar de nombre ni de contenidos, como los que tiene la primera financiación por esta vía (1988).

## CONCLUSIÓN

El recorrido realizado a través de este artículo, lleva a la autora a esbozar las siguientes conclusiones:

Hay materia para constituir un Sistema de Servicios Sociales:

Lo avala la existencia de leyes que, aunque contengan contradicciones, van encontrando caminos de convergencia, con lo que se va creando un marco legal variopinto, del que se podrían extraer elementos de coincidencia para elaborar una normativa estatal, que orientara a las comunidades autónomas dispuestas a revisar sus leyes de Servicios Sociales.

Lo avala la pervivencia histórica de la necesidad de recibir ayuda que plantean los seres humanos. Ayudas para su protección, ayudas referidas al mundo de la salud, de la educación, pero también para la interacción de la persona con el medio social, para esa relación entre autonomía e integración social que nos plantea Fantova y que constituye un amplio campo de intervención al que debe dirigirse el Sistema de Servicios Sociales.

Lo avala la existencia de modelos prácticos que se pueden contrastar en diferentes municipios (auténtica protección social que desde Servicios Sociales se dispensa en ellos) y desde esos mismos municipios u otras instancias de la administración, cuando hablamos de servicios más especializados (residencias, centros de día, centros para menores, para personas con discapacidad, programas de intervención, etc...).

Lo avala la riqueza de planificación y los esfuerzos de evaluación de esos modelos prácticos, en los que está implicada una amplia red de profesionales que no siempre trabaja en las condiciones más favorables, pero aporta su compromiso ilusionado en una tarea social tan difícil como necesaria.

Lo avala el dinamismo de diferentes entidades e instituciones, en los ámbitos nacional, autonómico y local, que se ocupan de la acción social y desarrollan los contenidos de protección social propios de los Servicios Sociales.

Lo avala, finalmente, el largo listado de perfiles de población que pueden encontrarse en situación de vulnerabilidad, para los que no hay respuesta en ningún otro sistema.

Pero existen importantes obstáculos que dificultan la constitución de ese sistema:

Se parte de una financiación deficiente, tanto si se la enfrenta a las necesidades reales, como si se la compara con la inversión realizada en el resto de países europeos. Además, el esfuerzo inversor está resultando muy desequilibrado, soportado en su mayor parte por las haciendas locales que reciben la presión directa de los ciudadanos, mientras que continúa resultando insuficiente el esfuerzo realizado por otros niveles de la administración.

Se parte del riesgo de difuminar un sistema en el campo de un corporativismo profesional. No se puede confundir el Sistema de Servicios Sociales con las funciones o actuaciones de una titulación profesional concreta. El sistema va más allá de las diferentes profesiones que apoyan su funcionamiento y rodaje.

Se parte de los reiterados desaciertos de muchas decisiones políticas, que tienden a diluir el papel de los Servicios Sociales, más que a darles contenido, coherencia y fuerza. En los últimos años, los vaivenes en el reparto de competencias entre ministerios, consejerías y concejalías, lo único que han producido es la atomización del sistema, en pro de un reparto de cargos entre los políticos, sin que se haya tenido en cuenta la incoherencia que ello está suponiendo para el trabajo práctico y cotidiano. El contenido del Sistema de Servicios Sociales aparece así repartido en diferentes departamentos: inmigración, voluntariado, mujer e igualdad, familias, menores...Y esto no ayuda a dar coherencia a un sistema.

Para hacer posible la constitución del Sistema de Servicios Sociales, hay que dar respuesta a una serie de necesidades:

- Es necesario tratar de evitar que las leyes generen estructuras paralelas, sobre todo dirigidas a determinados colectivos o situaciones de necesidad, creando sistemas de protección para pobres y sistemas de protección para el resto de la ciudadanía.
- Es necesario consolidar la responsabilidad pública, en un terreno en el que intervienen diferentes agentes. Sobre todo la iniciativa privada, tanto en su vertiente lucrativa como en la no lucrativa, y a través de diferentes modalidades: concertando servicios con la Administración o realizándolos de forma totalmente privada. Los poderes públicos tienen que fortalecer su responsabilidad normativa, de planificación, de prestación de los servicios, tanto directamente como en régimen concertado, así como su deber de inspección.

- Es necesario facilitar la proximidad y descentralización del sistema y de sus contenidos a los ámbitos más cercanos al ciudadano. Esto generalmente se contempla para lo que las leyes denominan atención social primaria o básica, pero se mantienen reticencias para la atención especializada, sin establecer aún con la suficiente fuerza, la necesidad que tienen las personas de no ser separadas de su medio social, aún en el caso de que precisen alojamientos alternativos (residencias u hogares de menores, residencias de personas mayores, de personas con discapacidad, etc.), que deberían estar ubicados en el medio más cercano a su procedencia.
- Es necesario que la ciudadanía en general y los usuarios de los Servicios Sociales en particular (que potencialmente son toda la población) puedan opinar y participar en la planificación, desarrollo de la gestión y evaluación del Sistema de Servicios Sociales, tanto a través de sus organizaciones como a título individual.
- Es necesario que el sistema asegure una atención integral, que sitúe en el centro de su actuación el protagonismo de las personas, que atienda a sus diferencias y especificidades, que potencie al máximo sus recursos personales, familiares y sociales, que les ayude, sobre todo, a no introducir más confusión en sus vidas y les acompañe a ir aclarando cuáles son las decisiones vitales que deben tomar.
- Es necesario que el Sistema de Servicios Sociales responda a criterios de calidad. Probablemente habría que utilizar los términos de calidad y calidez, para no limitarse únicamente a hacer las cosas de acuerdo a unos determinados indicadores medibles, sino introducir elementos de relación de ayuda: cercanía óptima, acogida, vinculación empática, humanización de los servicios, etc...

Las opiniones de la autora vertidas en el presente artículo no son reflexiones cerradas, intentan abrir diferentes puertas para acercarnos a definir un sistema, que ya tiene un recorrido de casi 30 años en nuestro país. Desde esta perspectiva la autora estaría encantada de recibir opiniones sobre lo aquí planteado, ofreciendo su correo electrónico como vía de comunicación (silpermol@hotmail.com).

## BIBLIOGRAFÍA

ANTÓN, A. El déficit de gasto social y la política del Gobierno. Pensamiento Crítico. Madrid, junio de 2006.

ARANEDA L. "Encuesta sobre reconceptualización del Servicio Social". Selecciones del Servicio Social, nº 14/15. Buenos Aires, diciembre 1971.

CASADO, D. y FANTOVA, F. (coordinadores). Perfeccionamiento de los Servicios Sociales en España. Informe con ocasión de la Ley sobre Autonomía y Dependencia. Fundación Foessa, Madrid 2007.

CASTELLS, M. La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol. 1. La sociedad red. Alianza editorial. Madrid 2001.

Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión: "Aplicación del programa comunitario de Lisboa: Servicios Sociales de interés general en la Unión Europea". Bruselas 26/04/2006 {SEC (2006) 516}.

Comisión Europea. Libro Verde sobre la colaboración público-privada y el Derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones [COM (2004)].

Congreso sobre "Servicios Sociales Municipales próximos, eficaces y de calidad". FEMP y Ayuntamiento de A Coruña 3, 4 y 5 de mayo de 2006.

EROLE, C. "Encuesta sobre reconceptualización del Servicio Social. Selecciones del Servicio Social nº 12. Buenos Aires, diciembre 1970.

FANTOVA, F. Sistemas Públicos de Servicios Sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas. Cuaderno de Derechos Humanos nº 49. Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Universidad de Deusto 2008.

GARCIA, G (coordinador y relator). Las nuevas Leyes de Servicios Sociales. Criterios para valorar su elaboración o sus contenidos. Ayuntamiento de Alcorcón 2007.

IMSERSO. Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Libro blanco. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, diciembre de 2004.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado 299, de 15 de diciembre de 2006.

Ley 11/2003 de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Ministerio de Asuntos Sociales. "Plan Concertado para el desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales". 1988.

SENNET, Richard "La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Anagrama. Madrid 2006.

NAVARRO, Vincenç (director). "La situación social en España/II. Programa de políticas públicas y sociales-UPF Fundación F. Largo Caballero. Biblioteca nueva. Madrid 2007.

Sesenta y Más. Entrevista a Matilde Fernández "La ley de dependencia puede ser una gran ley para cohesionar España". Madrid 2007.



*El Retiro (Madrid), 1996. Luis C. Zamora*

# FUNDACIÓN BALIA



**Entrevista a María Entrecañales** Presidenta y cofundadora de Fundación Balia por la Infancia creada en el 2001. Licenciada en Derecho por la Universidad Complutense, Máster de Derecho Internacional por la London School of Economics y Máster en Función Gerencial de ONGs de ESADE 2000. Muy vinculada al sector como miembro del jurado de los premios Fundación Codespa (2005, 2006, 2007, 2008 y 2009), de los premios Fundación Empresa y Sociedad (2007) y de los premios Infancia de la Comunidad de Madrid (2008). Es patrona de la Universidad Antonio de Nebrija y miembro del Consejo Asesor de Aldeas Infantiles SOS de España.

## ¿Por qué nace la Fundación?

En el año 2001 nos juntamos tres mujeres con espíritu emprendedor que veníamos de diferentes ámbitos profesionales, compartíamos la misma idea de poner en marcha un proyecto encaminado a la infancia y juventud en España. Durante un año nos pusimos a investigar por las distintas zonas de Madrid para ir focalizando y concentrando nuestra misión que es “favorecer la inclusión social de menores en situación de desventaja académica, social y económica que están en barrios con un índice alto de inmigración en Madrid”, con el objetivo de prevenir el abandono y aislamiento que sufren muchos niños, de aquí nace la idea de Fundación Balía.

Además de nuestra inquietud por las desigualdades que todavía encontramos en la infancia y juventud se añadía la llegada de inmigrantes que venían con sus hijos y no tenían dónde dejarlos cuando salían del colegio.

## Línea de actuación/acciones que realiza

En Balía nos preocupamos de la **situación de los más desfavorecidos y muy especialmente de las dificultades de la infancia.**

Si observamos la situación de la infancia en el mundo, comprobaremos que siguen siendo los más vulnerables, los más perjudicados de la sociedad, a pesar de ser nuestro futuro. Aunque nos encontremos en sociedades avanzadas, en la Unión Europea un 19% de menores viven en situación de pobreza y si miramos a España, el 24% de los niños y niñas viven en esa misma situación.

Por eso en Balía apoyamos a menores en riesgo de exclusión de nuestro entorno más cercano en su camino hacia la ciudadanía plena. Podemos decir que nuestros principales ejes de intervención son: infancia, juventud, familia, educación, abandono y aislamiento, convivencia, interculturalidad, inmigración, conciliación de vida familiar y laboral, habilidades sociales y personales y alfabetización digital. Nuestra atención es una oportunidad de desarrollo personal, académico y social para aquellos colectivos que se encuentran en riesgo de exclusión social.

## Colectivo al que atiende o se dirige

Trabajamos principalmente con niños/as y jóvenes en riesgo de exclusión social. Los factores de riesgo más comunes entre los beneficiarios de Balia y que todavía afectan a muchas personas de nuestras ciudades son: infravivienda, precariedad laboral de los progenitores, escasos recursos económicos, fracaso escolar, ausencia de redes de apoyo, familias monomarentales, violencia doméstica... Además contamos con un área de nuevas tecnologías que ofrece apoyo a personas adultas con problemas de integración socio-laboral y con escasez de formación informática lo cual agrava su situación de exclusión, de desempleo y de aislamiento digital.

## Proyecto/s que lleva a cabo

En Balia desarrollamos principalmente tres Áreas de atención directa. El denominador común a todas ellas es la Educación como herramienta fundamental para favorecer la inclusión social de estos colectivos.





Desarrollamos más áreas pero destaco las principales que son:

- Balía Infancia. Proyectos socio-educativos dirigidos a niños de 3 a 12 años de edad en desventaja social, académica y económica. En Distritos con alto índice de marginalidad e inmigración.
- Balía Jóvenes. Proyectos dirigidos a jóvenes de 12 a 16 años orientados a fomentar la participación, mejorar la convivencia y prevenir la exclusión de los jóvenes a través de alternativas de ocio, refuerzo escolar y actividades deportivas.
- Balía Nuevas Tecnologías. Atendemos a niños, jóvenes, mujeres, parados inmigrantes... el objetivo fundamental del área es paliar la brecha digital y favorecer la inclusión de los colectivos más desfavorecidos a través de herramientas de comunicación.

Destacaría lo importante que es la continuidad de cada una de ellas, no son proyectos finalistas son de continuidad. Cuando tu metodología de intervención social en proyectos se basa en la educación, la continuidad y la calidad son la cla-

ve de un impacto real. Además en las acciones dirigidas a menores, también están dirigidas a sus familias. Con esto lo que quiero decir es que la mayor parte del beneficio que Balia aporta a los menores es también para sus familias.

Son muchas las personas que todavía no cuentan con los recursos apropiados para atender a sus hijos cuando salen del colegio; o bien porque tiene largas jornadas de trabajo y escasos recursos económicos o porque su situación personal es incompatible con la de padres (infravivienda, dificultad social...).

### **Forma de contacto**

Con Balia puedes contactar a través de diferentes canales:

Vía email: enviando un email a [infofundacionbalia.org](mailto:infofundacionbalia.org) o [angela@fundacionbalia.org](mailto:angela@fundacionbalia.org) (Ángela Díaz-Ambrona)

Vía telefónica: llamando al 91 570 55 19

También se puede visitar nuestra página web [www.fundacionbalia.org](http://www.fundacionbalia.org) donde se puede encontrar más información de Balia y además solicitarla.

### **¿Cómo se puede colaborar?**

Con Balia se pueden colaborar de distintas maneras, pueden participar bien como voluntario activo en los programas que desempeña la Fundación o bien hacerse socio de la Fundación apoyando su misión o juntando a un grupo de amigos para participar en alguna actividad que hagamos nosotros como fundación o para financiarla. También se puede ofrecer voluntariado profesional, presentar Balia en su empresa y otra manera sería ceder material que esté en buen estado. También se puede ayudar cediendo espacios para eventos o jornadas de sensibilización. Y una muy fácil y muy importante es dando a conocer la labor de la fundación entre sus círculos de familia, amigos, compañeros.

### Datos de contacto:

Fundación Balia por la Infancia

Dirección: C/ Fereluz, 4. Madrid 28039

Teléfono: 915705519

Fax: 915710251

Dirección de correo electrónico: [info@fundacionbalia.org](mailto:info@fundacionbalia.org)

página web: [infofundacionbalia.org](http://infofundacionbalia.org)

### Otros datos de interés

Me gustaría destacar que los programas de Balia son un beneficio para todos, invertir en educación es invertir en el futuro de nuestras ciudades y muchas veces nos empeñamos en mirar hacia fuera y nos olvidamos de que en nuestro alrededor existen realidades muy difíciles y eso hace que nuestro proyecto sea tan necesario y cercano. Colaborar con Balia es transformar la sociedad, tu sociedad.



La educación es la llave, no le des la espalda

¡Colabora!



# DIARIO DE UN SUEÑO

**María Cruz Muñoz Arce**

DTS col. n° 4.748

Experta en Terapia Familiar en Psiquiatría

**Luis Manuel Estalayo Martín**

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico.

## **RESUMEN**

*Este artículo plantea alguna de las variables que deben tenerse en cuenta para que el Trabajo Social se introduzca en un proceso de mejora continua que redunde en la salud de los profesionales y de las organizaciones. Se utiliza la extinción de Neanderthal como metáfora de lo que pudiera ocurrir con el Trabajo Social.*

## **PALABRAS CLAVE**

Neanderthal. Gestión del conocimiento. Capacidad creadora.

## **INTRODUCCIÓN**

Hace algunos años que empezamos a compartir un sueño, desde distintas profesiones pero con valores e ilusiones similares. Creíamos que algunas de las diferencias entre seres humanos no dependen de la Naturaleza, sino de concretas estructuras políticas que las condicionan. Creíamos que merecía la pena luchar porque términos como libertad, igualdad de oportunidades o justicia social fueran algo más que mensajes publicitarios a corear. Creíamos que algunas profesiones podían colaborar en esa lucha. Y desde esas creencias nos comprometimos.

Han pasado unos veinte años desde que asumimos la intervención social como marco para desarrollar estos valores. Y seguimos comprometidos y, aunque de cierto pudor reconocerlo, entusiasmados. Pero al mismo tiempo, creemos que parte de nuestra ilusión inicial era un sueño. Soñábamos con un mundo mejor, con equipos de profesionales comprometidos en una lucha común, con criterios coherentes y compartidos, con instituciones sanas, con políticos inteligentes... Soñábamos y luchábamos.

El devenir de los acontecimientos viene a demostrarnos que los sueños se fraguan en el inconsciente movido por el deseo y que el principio de realidad se impone al despertar. Esos políticos soñados, esos equipos comprometidos, esa salud grupal, no existen; o, para ser más precisos, existen sólo en la fantasía como horizontes imposibles a conquistar.

Sin embargo, reconocer el peso de lo real no supone renunciar al sueño, puesto que hacerlo sería mortal. Lo que sí implica es reflexionar permanentemente sobre el rol del Trabajador Social. Rol que condensa numerosos significantes que van construyendo un imaginario de enorme complejidad.

Siguiendo la “experiencia crítica” descrita por F. Dubet (2006) observamos desfilar alguno de estos significantes que son próximos a todas las personas vinculadas a la intervención social; desde un origen vocacional unido a valores religiosos, hasta una intervención que prioriza tanto el número de expedientes como principios publicitarios, pasando por imágenes de generosidad y altruismo, por la necesidad de utilizar idiomas ajenos que colonizan, o por la complicidad en mantener un orden social injusto.

Esta complejidad condiciona la dificultad para precisar una especificidad profesional imposible de definir sin rodeos.

No obstante, en nuestra opinión pueden destacarse algunos términos unidos intrínsecamente a la intervención social hasta el punto de que si no se dieran no podría hablarse de Trabajo Social en sentido estricto. Estos términos son: el MESTIZAJE, en tanto que necesidad de trabajar en EQUIPO, la PALABRA, la ESCUCHA, la ORGANIZACIÓN, y la CREATIVIDAD.

En este artículo queremos reflexionar sobre estos términos abordándolos desde dos ámbitos aparentemente distantes. Por un lado abordamos la posibilidad de que su ausencia extinga la riqueza del Trabajo Social y lo hacemos utilizando a

Neandertal como metáfora de un riesgo de extinción. Por otro lado abordamos la necesidad de integrar estos términos para que el despertar a lo real no sea traumático o enloquecedor.

## LA METAFORA DE NEANDERTHAL

El Homo Habilis bordea la naturaleza de lo humano. Es la primera especie no ligada completamente al medio forestal y la primera que inventó la piedra tallada; aunque sus avances cognitivos no fueron tan espectaculares en relación a los Australopithecus.

El avance hacia lo humano se dio con el Homo Erectus gracias a un desarrollo intelectual que permitió la creación de bifaces, demostrando que la conquista del planeta no se basó en un incremento de potencialidades corporales, sino de funciones técnicas y estéticas.

EL HOMO NEANDERTHALENSIS es originario de Europa, aunque también pobló Asia Central y Oriente Próximo. Habitó el planeta hace entre 127.000 y 40.000 años, siendo contemporáneo a la glaciación de Würm (Arsuaga, 1999; Carbonell, 2000).

Desarrollaban un tipo de industria Musteriense que corresponde al modo III o Paleolítico Medio, tecnología que producía cuchillos, raspados y puntas de proyectiles. Poseían técnicas de cazador experimentado, como el empleo de mazas, lanzas y boleadoras, instrumento formado por varias bolas de piedra sujetas con tiras de cuero que se lanzaban contra las patas de un animal veloz haciéndole caer, y matándolo posteriormente con otros instrumentos (Thomas, 1997).

Respecto a su aspecto físico eran de tez blanca, y medían entre 170 y 180 cm, pesando alrededor de 90 kg. Tenían troncos anchos y breves antebrazos y piernas. Su musculatura era más desarrollada que la nuestra, con una enorme fortaleza física acorde al clima en el que vivió y relacionada con la necesidad de dar muerte a sus presas a corta distancia (Arsuaga, 1999; Leakey, 1985).

Con el Neanderthal se aumentó la capacidad craneal, ampliándose el córtex asociativo prefrontal a quien se atribuyen funciones específicamente humanas, siendo clave para el desarrollo de la fantasía, la creatividad, y la vida emocional en general (Arsuaga, 1999).

Un comportamiento claramente humano del Homo Neanderthalensis es la relación que mantenían con los muertos. El aumento de la capacidad craneal implicó el conocimiento del destino humano, quizá el descubrimiento más trascendente hacia la humanización. El hombre toma conciencia de la vida precisamente a partir del conocimiento de la muerte. A partir de ahí el ser humano empezó a adornarse, a embellecerse, a cuidarse, y al mismo tiempo inició comportamientos funerarios (Arsuaga, 1999; Carbonell, 2000; Lenay, 1985). Se han encontrado esqueletos de neanderthalensis enterrados en cuevas, lo que demuestra que preservaban a sus muertos y los protegían de la acción de los carnívoros. Según J.L. Arsuaga (1999) hasta ahora no hay ninguna prueba definitiva de comportamiento ritual o simbólico anterior a los cromañones del Paleolítico Superior. Será sólo a partir de este manejo simbólico que el paisaje se llene de símbolos, de sentido mítico; que el hombre aprenda a contar historias y a transmitir las, o reproducirlas en paredes de cuevas, o en rocas al aire libre.

Este aspecto de la capacidad simbólica de los neanderthales es controvertido puesto que otros autores piensan que debía estar desarrollada en múltiples rituales y preguntas sobre el Universo, la Naturaleza y él mismo (Thomas, 1997; Leakey, 1985). También la capacidad artística del neanderthal debería haber tenido algún desarrollo, al tener probablemente un origen similar al de los rituales. Sin embargo, respecto al origen del arte, lamentablemente sólo pueden quedar testimonios de las artes figurativas, habiéndose perdido para siempre otras posibles expresiones como la música, cantos, o danzas.

Al mismo tiempo se conocen otros aspectos de la conducta de esta especie, vinculados a la violencia. Por ejemplo en fósiles de Skhul o de Shanider se han encontrado huellas de lanzadas mortales. También existen pruebas de canibalismo en los yacimientos de Krapina (Yugoslavia) y Hortus (Francia), donde se han encontrado restos mutilados, cráneos destrozados, huesos de extremidades hendidas a lo largo, y huellas de carbonización (Arsuaga, 1999; Carbonell, 2000; Leakey, 1985).

Especie extremadamente compleja, contemporánea a la nuestra hasta su desaparición hace menos de 30.000 años, coincidiendo con el último recrudescimiento glacial, y el gran cambio ecológico asociado.

Hace unos 40.000 años aparecieron en la Península Ibérica y en Europa los primeros HOMO SAPIENS inmigrantes de África. Coexistieron con los Neanderthales unos 10.000 años (Arsuaga, 1999).

A nivel corporal su tez no era tan blanca como la de los Neanderthales, y su fortaleza física era menor; si bien es cierto que quizá la fuerza física no se iba haciendo tan necesaria con la aparición de nuevas armas para la caza tales como el propulsor o el arco y las flechas.

En cuanto a utensilios también inventaron raspadores, cuchillas, puntiagudos buriles y agujas de coser.

Los prehistoriadores han constatado una clara ruptura en la evolución de las técnicas de tallado, entre los utensilios de piedra del châtelperruniense producidos por los últimos neanderthales y los más recientes de la civilización del auriñaciense producido por el Homo Sapiens. Este corte coincide con la aparición de las primeras manifestaciones del arte figurativo y una tecnología del tallado del hueso más elaborada, con la creación de bastones perforados y azagayas (Carbonell, 2000; Thomas, 1997).

También se sabe que el Homo Sapiens practicaba mitos y magia, existiendo pruebas de simbolismo funerario. En realidad, desde hace unos 35.000 años se dan expresiones simbólicas espectaculares (Giedion, 1995; Ramírez, 1989; Vaquero, 1995), en distintos medios y soportes: frisos de pinturas de la cueva de Chauvet (Francia), estatuillas de animales en marfil de Voelherd (Alemania), estatuilla de marfil, mitad humano, mitad león, en Hohlestein-Stadel (Alemania), diversos objetos decorados, los bisontes de Altamira (España), el brujo de Les Trois Frères, y un muy largo etcétera. En algunas estatuillas aparecen cruces en semicírculo, marcas que permiten pensar en significados simbólicos, relacionables con lenguaje elaborado adecuado para expresar ideas abstractas. Pero esto, al igual que la significación del arte paleolítico nos estará vedado para siempre, porque lo que está inevitablemente perdido, aquello que no deja huella descifrable es la palabra del Homo Sapiens. Y sin ella cualquier interpretación es posible: la gruta como santuario, casi como la entrada a otro mundo, representaciones de escenas mágicas, rituales sociales o estacionales, mero placer sensual, etc. Distintas posibilidades que comparten la certeza de que estas expresiones artísticas procedían de una mente capaz de simbolizar, abstraer y representar de manera magistral. Que el secreto de su significado quede como enigma desde hace 10.000 años no hace sino estimular la capacidad simbólica y la admiración ante la belleza de los que seguimos habitando este planeta. Y lo habitamos también de manera masiva a partir del Homo Sapiens, quien desarrolló una gran capacidad para habitar distintas regiones, siendo la primera especie que pisó América y Australia. El hombre aprendió a construir viviendas en cualquier ambiente, inclu-

so en regiones árticas; aprendió a vestirse y a albergarse eficazmente en cualquier clima por inhóspito que fuera, lo que tiene obvias consecuencias para la adaptación de la especie (Arsuaga, 1999; Lenay, 1994).

Decimos que el Homo Sapiens aprendió a construir viviendas en cualquier ambiente, y en este contexto podríamos incluir la capacidad y el deseo de albergar a sus muertos, entendiendo las tumbas como una suerte de arquitectura funeraria (Bassegoda, 1970). El ser humano se va construyendo a medida que abandona los árboles, y posteriormente las grutas, surgiendo la arquitectura como casa, tanto de los vivos como de los muertos. Es cuando el hombre domina lo simbólico que su historia se libera completamente de su soporte biológico. La tecnología y la capacidad simbólica de los cromañones le permitirá una adaptación eficaz al frío, al hielo, a la nieve, y a la niebla. Mientras los neanderthales seguían ligados al bosque perenne de la encina y del alcornoque, sin fauna ártica ni quizá bisontes. Ligados en definitiva a una Naturaleza de la que el Homo Sapiens pudo desprenderse. Las rocas, los huesos, las astas o el propio cuerpo, dejaron de ser lo que eran cuando el arte provocó que fueran algo más. Adornos personales, collares, cinturones, brazaletes, pulseras... Restos de animales como caninos o incisivos, o conchas de moluscos, cuentas de hueso, astas de ciervo... Restos que se convirtieron para siempre en adornos y en signos que podían informar del status, de la posición social o de la condición (soltero-viudo-casado) de su portador. Signos inmersos en interminables cadenas asociativas a las que no tuvo acceso el neanderthal.

Los neanderthales coexistieron con los sapiens unos 10.000 años. Llegaron a imitar algunos adornos pero no llegaron a entender su simbolismo. Los cromañones desarrollaron mucho más la abstracción y la producción de símbolos. Los neanderthales podían tener la capacidad pero se extinguieron antes, aunque biológicamente estuvieran mejor dotados. Lo que permitió una mejor adaptación del Homo Sapiens no fue su cuerpo, sino su sistema simbólico. Son los símbolos los que permiten crear alianzas entre grupos, vincularse con antepasados y con la naturaleza a través de mitos o mejorar la tecnología. Son los símbolos los que permiten desprenderse de la Naturaleza al hablar de ella, al incluirse en códigos simbólicos y asociativos. El Neanderthal se extinguió unido a la Naturaleza, o mejor dicho, siendo él mismo Naturaleza concreta, cuerpo real.

Puede afirmarse por tanto que pervive la especie que se organiza en torno a símbolos compartidos. El Homo Sapiens fue capaz de crear un fabuloso lenguaje articulado, un motor inagotable de historias y mundos ficticios. O quizá fuera más

preciso decir que el Homo Sapiens fue realmente creado por su lenguaje. En palabras de J. L. Arsuaga: “Esa es nuestra hiperespecialización, la creatividad, y ocurrió en la rama africana de la evolución humana, y no en la europea”.

Quizá sea arriesgado decir que fue el arte lo que permitió la evolución de nuestra especie, de la misma manera que su ausencia en el neanderthal condicionara su desaparición. Pero lo que sí podemos pensar es que ha sido la capacidad simbólica la que ha permitido el surgimiento humano desde un pasado antropeide. Y en la medida en que la especie ha podido simbolizar su relación con la muerte; en la medida en que han ido surgiendo relatos que den algún sentido al destino, mitos que descifran la relación de los hombres entre ellos y con los dioses; en la medida en que este símbolo ha podido representarse artísticamente; en esa misma medida la especie ha podido adaptarse y sobrevivir. Por contraste, la especie cuyo destino ha sido la muerte definitiva, la extinción, es aquella presa de la fortaleza de su cuerpo, de un sentido concreto y realista, de una adaptación meramente biológica a la Naturaleza. El Homo Sapiens, y con él nosotros, pudo vivir porque simbolizó su muerte e incluyó el arte y la ciencia en su vida. El Neanderthal murió con su déficit simbólico. Y lo hizo para siempre.

Murió en mitad de un verso/cantándole, floreciéndole/ y quedó el verso abierto, disponible/ para la eternidad/ mecido por la brisa/ la brisa que jamás concluye/ verso sin terminar, poeta eterno. (Gerardo Diego, “En mitad de un verso”- fragmento-).

## LA METÁFORA Y LA METONIMIA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

Si pensar en una intervención social basada únicamente en la palabra, la reflexión grupal y la creatividad es un sueño, introducir la palabra GESTIÓN puede implicar la necesidad de despertar. Y la gestión no sólo como “palabra-despertador” en sí misma sino por los términos que se la asocian tales como “misión” o “visión”.

Sin embargo estos términos son necesarios en la sociedad actual y no debieran implicar una ruptura traumática con el sueño. La Gestión significada como algo contrapuesto a una supuesta “verdadera” intervención social constituye una CONDENSACION METAFÓRICA de los cambios acaecidos en los Servicios Sociales, en la línea de una mayor complejidad y una cierta “in-personalización” (incremento cuantitativo y cualitativo de las rutinas y procedimientos) de la atención social. Es cierto que la intervención no se agota en la gestión pero tampoco se

puede obviarla o contemplarla como una rémora o algo ajeno a la misión de la organización o a la propia identidad profesional. No puede obviarse que en las sociedades llamadas del bienestar cobran cierta prioridad los aspectos de gestión porque hay cada vez más bienes y servicios de responsabilidad pública que administrar o supervisar.

Si no es posible desprenderse de esta omnipresente gestión, sí es factible racionalizarla de manera tal que sea lo más ágil y liviana posible, sobre todo pensando en los ciudadanos que suelen padecer sus consecuencias negativas.

A este respecto sería útil contemplar tres líneas de trabajo: la autonomía, la simplificación y la innovación. La autonomía en tanto que sería necesaria la descentralización de decisiones tanto hacia los distritos como hacia los propios profesionales. La simplificación en tanto que sería posible hacer más “fluidos” los procesos administrativos relacionados con la tramitación y gestión eliminando en su caso aquellos pasos o requerimientos que no fueran estrictamente necesarios. Y la innovación, en referencia a la capacidad para generar nuevas respuestas y métodos de trabajo que supongan un mayor valor social añadido y un refuerzo de la interacción con los usuarios.

En el proceso que se viene analizando la reivindicación permanente de más **trabajo en equipo y espacios de coordinación**, representa una TRASLACIÓN METONÍMICA frente a un contexto organizativo dotado de cierta incertidumbre, cuando no confusión, y cierta “borrosidad” en los referentes, tanto institucionales como profesionales, tradicionalmente asumidos.

No se trata de negar la importancia del trabajo en equipo ni de la coordinación interna y externa sino de constatar que dicha insistencia es, en parte, el síntoma de cuestiones organizativas no resueltas. A este respecto sería conveniente reflexionar sobre cuestiones relativas al liderazgo, la identidad y la comunicación en las organizaciones. El **liderazgo** hace referencia obvia al indispensable papel que deben desarrollar los directivos definiendo estrategias y planificando los cambios, asegurando la unidad de esfuerzos y apoyando y facilitando los procesos de aprendizaje e innovación. La **identidad** hace mención a la necesidad de estructurar unos referentes que sirvan de guía y de espejo en el que reconocerse y que se puede concretar en imagen de “unidad” desde el punto de vista institucional y “cultura de servicio” desde el punto de vista profesional. La **comunicación** hace referencia a la necesidad de manejar “mensajes” que sean lo menos ambiguos y redundantes posibles, de tal manera que puedan orientar y

dar forma a la actividad cotidiana de una red municipal de Servicios Sociales amplia y compleja.

A pesar de la dificultad de la tarea se constata que en toda la red de Servicios Sociales se ha hecho y se sigue haciendo un muy buen trabajo, ofreciendo en la mayoría de los casos respuestas satisfactorias frente a situaciones complejas. Sin embargo, tal vez porque las propias expectativas y el nivel de auto-exigencia de los profesionales son muy altos, se manifiesta una cierta insatisfacción crónica.

Incapaces de interpretar muchos de los problemas cotidianos como signos de vitalidad se pierde tiempo tratando de buscar las causas próximas o remotas, verosímiles o inverosímiles y, a veces, incluso a los “culpables” de tales dificultades cotidianas (“la externalización”, “lo mediático”, “la burocracia”, “los jefes”, etc.). Esto supone una “disipación” de energía que pudiera enfocarse hacia la solución de problemas entendiendo que éstos también pueden contemplarse como una oportunidad para el cambio y las mejoras.

Desde nuestro punto de vista los cambios y las mejoras pueden derivarse de un inequívoco impulso al conocimiento. Si la palabra Gestión supone los trámites y estudios que deben realizarse, a través de procesos, para alcanzar suficientes conocimientos y de este modo entender la situación actual, los entornos y el mejor futuro para la organización, su objetivo último debiera ser el impulso al conocimiento en Trabajo Social.

Conocimiento significa ser capaz de discernir lo que se percibe, encontrando las diferencias que existan, y siempre en dos planos interconectados: lo específicamente “técnico” y los valores éticos y emocionales. Los conocimientos científicos, el “saber hacer profesional”, es lo que permite asumir un modelo de intervención técnica. Los valores éticos y emocionales deben trabajarse y resolverse internamente.

Los profesionales en la gestión de los recursos humanos llevan décadas advirtiendo de que la clave del éxito en el desarrollo profesional puede expresarse como una función de tres factores: Querer, Poder y Saber. El “querer” implica la voluntad y la actitud como dimensiones pragmáticas del profesional, de acometer cualquiera de los objetivos que se le propongan. El “poder” está relacionado con dotar a los trabajadores de recursos suficientes favoreciendo con ello el desarrollo de sus funciones de manera eficiente y el “saber” tiene que ver con la formación y la experiencia.

La variable “querer”, la motivación, es especialmente relevante para aquellas profesiones u organizaciones que requieran una alta receptividad y flexibilidad para la gestión y la intervención. Organizaciones y profesiones que dependen de la creatividad y de la capacidad de generar soluciones; en definitiva, profesiones dependientes del talento. Puede decirse que uno de los principales mecanismos o incentivos de atracción del talento es la ética de las organizaciones, entendiendo por organización ética aquella que pueda imantar el talento cuando el resto de variables sean homogéneas e incluso cuando no lo sea. Una adecuada incentivación del talento correlacionaría con una evitación de fuga de profesionales hacia otras organizaciones con la pérdida irreparable de “capital humano”.

De todo lo expuesto se concluye que la gestión del conocimiento es gestión de la salud de la organización y de los trabajadores, es gestión de unos buenos servicios, es la gestión de la calidad que merecen los usuarios y del deseo de mejorar como organización o profesional y no arriesgarse a la extinción, como Neanderthal, o a convertirse en paciente crónico.

## **CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA EL TRABAJO SOCIAL.**

En la metáfora evolutiva que hemos utilizado, Neanderthal es sinónimo de Naturaleza, de cuerpo instintivo próximo a las leyes del reino animal, alejado del manejo simbólico, esclavo del pensamiento concreto; es sinónimo de una gestión empobrecedora para el Trabajo Social. Cromagnon es sinónimo de Cultura, de cuerpo pulsional alejado de las leyes del reino animal, portador del registro simbólico; es sinónimo de una gestión que prioriza los términos expuestos anteriormente y que puede enriquecer al Trabajo Social.

Desplazando esta metáfora hacia la intervención social, defendemos la hipótesis de que podrían esquematizarse dos modelos de intervención que podríamos denominar Modelo Neanderthal y Modelo Cromagnon, por seguir metaforizando la oposición que basa nuestra argumentación.

El Modelo Neandethal se basa en el instinto y se desarrolla con derivados del pensamiento concreto. Se basa en el instinto en tanto que pretende ofrecer un recurso ajustado e inmediato a cada demanda; sin demora ni postergación; como si realmente hubiera un recurso capaz de taponar la demanda, como si se tratara de una tarea de ensamblaje donde la angustia y el deseo no debieran aparecer. Para que esta tendencia pueda desarrollarse debe partir necesaria-

mente de un pensamiento concreto; un pensamiento limitado, aislado y disociado. Limitado porque se centra en la literalidad del discurso. Aislado porque no incluye el contexto institucional y grupal que condiciona la escucha profesional. Disociado porque niega la influencia del contexto social en la práctica profesional. La tarea sería sólo fiscalizar al usuario y detectar las llamas que transiten en su discurso para apagarlas sin dilación; y para esto no hace falta equipo ni contexto social; quizá tampoco hiciera falta el trabajador social ni el usuario.

El Modelo Cromagnon se basa en la pulsión y asume lo simbólico. La pulsión en el sentido de que el objetivo no va a ser obturar demandas sino escucharlas, creando espacios de reflexión permanente, donde el tiempo necesario para la relación, y para comprender sea respetado, y donde se parta de la seguridad de que no existe ningún recurso que pueda satisfacer plenamente al otro cerrando el circuito del deseo y de la palabra. En cualquier caso, el recurso siempre debiera ofrecerse en el marco de una relación que pudiera transformar al otro, por fuera de la cual quizá el Trabajo Social no tendría tanto sentido. Este modelo sólo puede desarrollarse con un pensamiento simbólico; pensamiento que conoce y asume las leyes del lenguaje, que no se centra sólo en la literalidad de la demanda manifiesta y que integra la escucha profesional con los condicionantes institucionales y socio-políticos de los que forma parte. En este sentido, cada profesional debiera tener no sólo un marco referencial teórico, sino también la posibilidad de formar parte de un equipo donde se reflexionara a nivel grupal sobre la tarea y sus condicionantes, de la manera más enriquecedora y creativa posible.

En el otro lado del continuo que estamos describiendo, otro modelo insiste de manera obsesiva en imponer una gestión que amenaza con desdibujar roles profesionales que pueden ser trascendentes para el cambio social. La tendencia social al pensamiento concreto, a la hechicería del consumo como ideal, a la eficacia numérica (aunque el número esté privado de sentido), a certezas estereotipadas, y a huir de lo grupal solidario como motor de cambio, está próxima a resucitar la limitación simbólica que extinguió a Neanderthal.

En nuestra mano está el intento de conquistar espacios más sanos de intervención que prioricen los factores que nos hacen humanos; esto es, la palabra y la capacidad creadora ¿Podremos “gestionarlas”?

## Bibliografía

---

ARSUAGA, J.L.: *El collar de Neandertal*.  
Círculo de Lectores. Madrid, 1999.

BASSEGODA, J.: *Atlas de historia del arte*.  
Jover. Barcelona, 1970.

CARBONELL, E. y SALA, R.: *Planeta Humano*,  
Península. Barcelona, 2000.

DUBET, F.: *El declive de la institución*, Gedisa.  
Barcelona, 2006.

GIEDION, S.: *El presente eterno: los comienzos  
del arte*. Alianza. Madrid, 1995.

LEAKEY, R.: *La formación de la humanidad*,  
(2 vols.). Orbis. Barcelona, 1985.

LENAY, Ch. *La evolución*, R.B.A. Barcelona,  
1994.

MAITLAND, A.: *Orígenes del hombre*. (17 vol.).  
Folio, Barcelona, 1993.

RAMIREZ, J.A.: *Arte prehistórico y primitivo*.  
Anaya, Madrid, 1989.

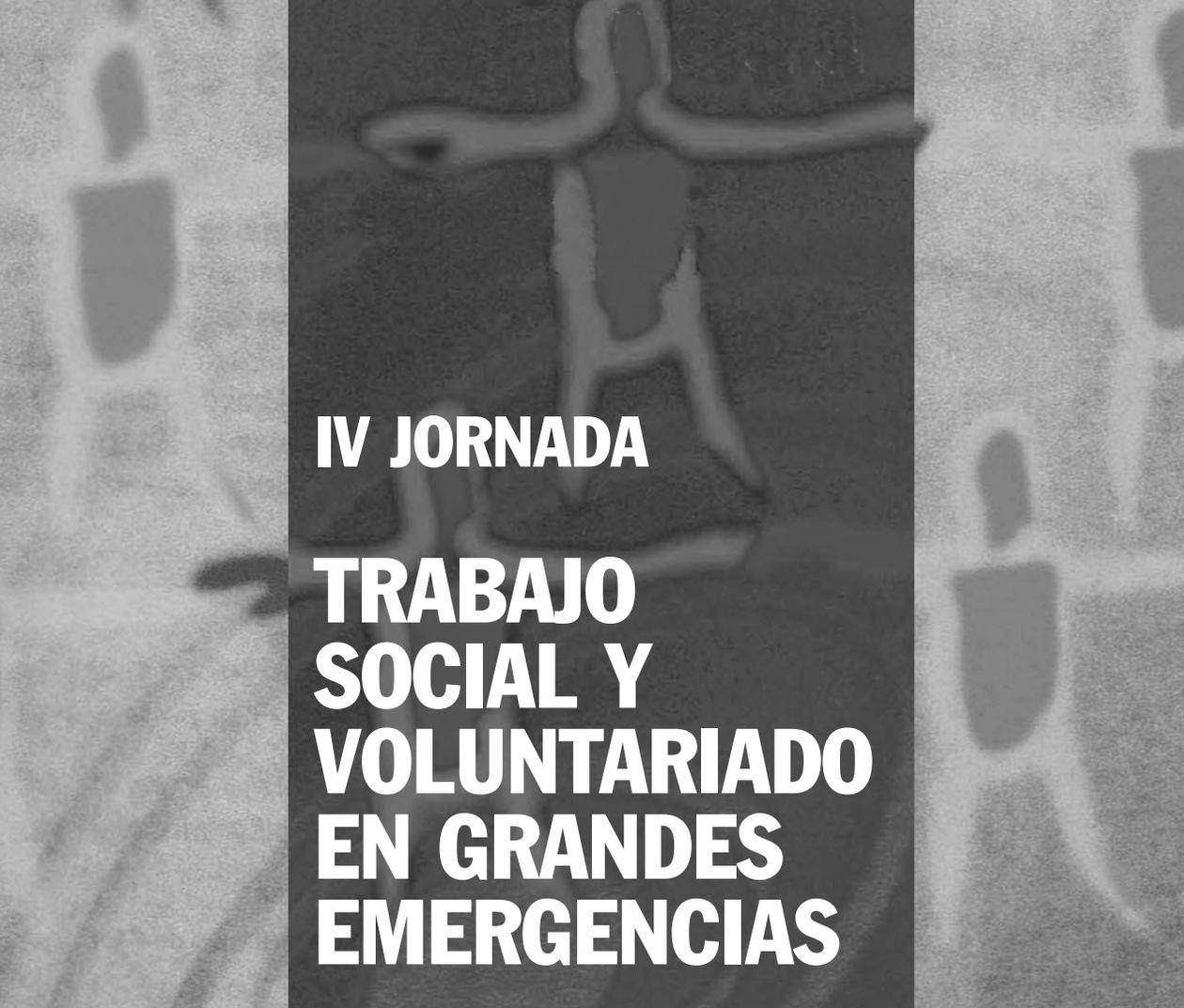
THOMAS, H.: *Nuestros orígenes, el hombre  
antes del hombre*. B.S.A. Barcelona, 1997.

VAQUERO, J.: *Maestros subterráneos. Las  
técnicas del arte paleolítico*. Celeste. Madrid,  
1995.



*El Retiro (Madrid), 1984. Luis C. Zamora*





**IV JORNADA**

**TRABAJO  
SOCIAL Y  
VOLUNTARIADO  
EN GRANDES  
EMERGENCIAS**

5 de octubre de 2009

El Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid celebró, una vez más con la colaboración de la Dirección General de Voluntariado y Promoción Social de la Comunidad de Madrid, la IV Jornada de “Trabajo Social y Voluntariado en Grandes Emergencias”.

Estas Jornadas, que comenzaron en el año 2004, han acompañado la creación del Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios en Grandes Emergencias y Catástrofes de nuestro Colegio, a la vez que han ofrecido un espacio de debate, reflexión y formación sobre diferentes aspectos de la intervención en situaciones de crisis y emergencias.

En esta ocasión queremos incidir en el análisis de la identidad del Trabajo Social y su papel en las grandes emergencias así como sensibilizar y motivar al conjunto de profesionales del trabajo social hacia la participación voluntaria en este ámbito.



# sumario

## Inauguración de las Jornadas:

---

Manuel Gil Parejo Decano del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.	134
Laura Ruiz de Galarreta Barrera Directora General de Voluntariado y Promoción Social de la Comunidad de Madrid.	138

## Ponencia inaugural:

---

Luis Alberto Barriga Martín Trabajador Social.	143
---	-----

## Mesa redonda:

---

Javier Martín Sánchez Jefe de Servicio de Emergencia Social de la Comunidad de Madrid.	160
Mar Ureña Campaña Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.	172
Yolanda Fierro Fidalgo Trabajadora Social y miembro de la Dirección Técnica de Acción Social. Ayuntamiento de Barcelona. Ex directora del Centro de Servicios Sociales de El Carmel.	182
Adoración Moreno Sánchez Responsable del Programa de Intervención en Emergencias de Cruz Roja de Madrid.	196



*Manuel Gil Parejo*

Intervención Manuel Gil Parejo

## **DECANO DEL COLEGIO DE TRABAJADORES SOCIALES DE MADRID**

Sra. Directora General de Voluntariado y Promoción Social, Miembros del Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios. Buenos días a todos y todas.

Nos encontramos hoy aquí en estas jornadas para trabajar sobre tres grandes temas íntimamente relacionados: el Trabajo Social, el voluntariado, y las grandes emergencias. No es la primera vez que nos reunimos para estudiar estos temas. Desde 2004 el Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid (COTS), junto con la Comunidad de Madrid, han organizado ya cuatro jornadas, incluyendo ésta, que están sirviendo para reflexionar sobre estas tres cuestiones.

Cinco años después del inicio de estas jornadas, posiblemente sea un buen momento para realizar una rápida mirada retrospectiva sobre ellas. Si esto no es así, caeríamos en el error de obviar todas aquellas cuestiones que a lo largo de estos años se han ido trabajando con las numerosas aportaciones que han realizado los distintos ponentes y comunicantes, tanto desde la reflexión y aportación teórica, como desde la sistematización de la práctica.

El sociólogo norteamericano Robert Merton tiene un texto titulado *A hombros de gigantes*. Bajo este título retoma la expresión de Newton, señalando que el avance en el conocimiento y en el desarrollo de las prácticas sociales solo puede realizarse sobre la base de avances y aportaciones anteriores. Si esto no fuera así no avanzaríamos.

Las primeras jornadas de 2004 estuvieron marcadas por el sangriento atentado del 11-M. Este luctuoso suceso nadie lo esperaba. El buen hacer de los distintos profesionales que participaron, la solidaridad ciudadana, y la colaboración desinteresada de multitud de voluntarios, sirvió para intentar hacer menos traumático este suceso.

Las primeras jornadas se celebraron en este contexto. Unos meses después en 2005 y con los rescoldos todavía vivos, el COTS decide organizar un Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios, que en buena medida sirviera para organizar la respuesta de los profesionales del Trabajo Social con carácter voluntario ante

una hipotética y nueva situación de gran emergencia. En este marco la iniciativa del COTS es **pionera** en el marco de la organización colegial en España.

Pero para la puesta en marcha de este cuerpo se contó con la importante colaboración y apoyo de la Dirección General de Voluntariado y Promoción Social de la Comunidad de Madrid. La firma de un Convenio de colaboración significó el espaldarazo definitivo para poner en marcha, mediante la realización de estas jornadas, la formación de profesionales, y la participación en los protocolos de actuación. Con la firma de este convenio con el COTS, la Comunidad de Madrid también es pionera en el apoyo a este tipo de colaboración.

El carácter pionero de esta iniciativa ha servido de referencia a numerosos colegios profesionales de Trabajo Social que se han interesado por esta iniciativa. Sirva de ejemplo la reciente puesta en marcha el año pasado de una experiencia similar por parte del Colegio de Aragón con su Comunidad Autónoma. Antes de continuar mi intervención, quisiera agradecer la presencia de la Presidenta del Consejo General de Trabajo Social, Ana Lima, que hoy nos acompaña. Por tanto, puede afirmarse que esta iniciativa que se puso en marcha hace casi cinco años por parte del Colegio Profesional y la Comunidad de Madrid, sigue siendo válida.

Si bien esto es cierto, también hay que considerar que el contexto en el que surgió este Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios ha cambiado en estos años. ¿Pero qué ha cambiado?

Después del 11-M la Administración Pública, y las distintas instituciones se organizaron, y se intentaron preparar para dar respuesta a una hipotética y futura situación de gran emergencia. En este sentido, entre otras administraciones e instituciones, la Comunidad de Madrid, entre otras cuestiones, puso en marcha el Servicio de Emergencia Social, y llegó a acuerdos de colaboración con el voluntariado generalista agrupado en FEVOCAM, y con el voluntariado especializado del Colegio de Trabajadores Sociales.

No sólo la Comunidad de Madrid se preparó mejor para hacer frente a este tipo de situaciones, sino que otras Administraciones también se reforzaron tanto en personal especializado, como en la potenciación del voluntariado.

Esta hipotética situación de emergencia se hizo realidad el 20 de agosto del año pasado, con el accidente de Spanair, aunque ambas situaciones son sustancial-

mente diferentes. La respuesta fue rápida, organizada, y coordinada; aunque esto no es óbice para que surgieran dificultades en la coordinación de los distintos profesionales intervinientes, tanto profesionales como voluntarios.

Este cambio de contexto, motivado principalmente por la mayor preparación y organización de las distintas administraciones, y por la activación del Cuerpo de Voluntarios de Trabajadores Sociales el 20 de agosto pasado, ha llevado a la Junta del Gobierno del Colegio, a la cual represento, a reforzar si cabe aún más uno de los elementos nucleares y fundantes del Cuerpo de Trabajadores Sociales para este tipo de situaciones. Consideramos importante mantener y profundizar en su papel: ser VOLUNTARIOS. Pero no vamos de freelance, sino que actuamos y actuaremos cuando se nos necesite, y su activación estará encuadrada dentro de los protocolos de intervención de la administración competente.

Por este motivo, y por último, el planteamiento de esta jornada, tanto en su ponencia principal, como en las aportaciones de la mesa redonda, responde a este nuevo contexto, y al momento de revisión y reflexión en el que desde el COTS nos encontramos inmersos.

Espero que estas jornadas sean de vuestro interés.  
Muchas Gracias.



Laura Ruiz de Galarreta Barrera

Intervención Laura Ruiz de Galarreta Barrera

## **DIRECTORA GENERAL DE VOLUNTARIADO Y PROMOCIÓN SOCIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Ilmo. Sr. D. **Manuel Gil Parejo**, Decano del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, trabajadoras y trabajadores sociales, queridas amigas y amigos:

En primer lugar, quiero agradecerles a todos ustedes su participación en esta Jornada. Y al Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid –y, en especial, a su Decano- su voluntad de trabajar junto con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales a favor de todos los madrileños.

Una voluntad que tiene expresión, un año más -y ya es el cuarto-, en la celebración de este encuentro que, espero, sea del máximo interés para todos.

Les expreso este agradecimiento en mi nombre y en el de la Consejera de Familia y Asuntos Sociales, Engracia Hidalgo, a quien le hubiera gustado compartir este encuentro pero que, por motivos de agenda, le ha sido imposible asistir.

Hace cinco años, quienes trabajábamos en la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, así como los responsables del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, tomamos conciencia de la necesidad de contar en nuestra región con un dispositivo de intervención social especializado en grandes emergencias.

Creo que no hace falta seguir insistiendo aquí en la evocación de los acontecimientos que dieron origen a esta evidencia, aunque estarán para siempre en nuestro recuerdo y en nuestro bagaje personal, profesional y ciudadano.

No obstante, hay algo que, como responsable de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, quisiera destacar en el análisis de lo sucedido en aquellos trágicos días: la importancia de los dispositivos del Sistema de Servicios Sociales en la articulación de una respuesta inmediata e integral ante una gran catástrofe.

No cabe duda de que los/as trabajadores/as sociales, como cuerpo básico del Sistema, y con una formación contrastada en la intervención social ante situacio-

nes críticas y de vulnerabilidad, contribuís con profesionalidad y solidaridad a añadir rigor y calidad a esta tarea. Así lo demostrasteis, tanto en la respuesta a los afectados y a sus familias en el atentado del 11-M como, más recientemente, en vuestra colaboración el 20 de agosto de 2008 como consecuencia del accidente aéreo ocurrido en el aeropuerto de Barajas. Mi agradecimiento y reconocimiento público por ello.

La colaboración entre las dos instituciones, Colegio y Consejería, se inició en octubre del 2004 con la celebración de la Primera Jornada de reflexión sobre el Voluntariado en Grandes Emergencias y en la cual contamos con la presencia y experiencia del profesor Luis Rojas Marcos.

Desde entonces, hemos trabajado para contar con planes de intervención que siguen dos ejes principales: la **coordinación** de los servicios en el marco de los Planes de Protección Civil y la **formación**, una herramienta vital para potenciar la capacidad y la calidad de atención de los profesionales. Esta colaboración viene reflejándose desde 2005 con la firma de un Convenio de colaboración entre ambas instituciones, para la creación y mantenimiento del Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios en situaciones de Grandes Emergencias y/o Catástrofes.

Acabamos de renovar este Convenio para el año 2009 y, en el marco de desarrollo del mismo se encuadra esta Jornada así como un Programa formativo dirigido, tanto al conjunto de los 90 trabajadores sociales que constituyen el actual Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios, como a otros trabajadores sociales colegiados que hayan mostrado interés en formar parte del mismo para cubrir las bajas que a lo largo del tiempo pudieran producirse.

Quiero señalar, también, que esta cuarta Jornada y la firma del nuevo convenio tienen lugar en un momento bien diferente de aquel octubre de 2004 en que celebramos la primera.

Tanto en el terreno del voluntariado, como en el de las emergencias, la Consejería de Familia y Asuntos Sociales ha realizado avances significativos.

Quisiera destacar la puesta en marcha el Servicio de Unidades Móviles de Emergencia Social, que cuenta ya con cuatro unidades y más de noventa profesionales para dar cobertura a todos los municipios de la región las 24 horas del día todos los días del año.

Cada una de estas unidades está atendida por un equipo liderado por un Trabajador Social y todos ellos están realizando una labor excelente.

Dar respuesta a las cada vez más frecuentes, situaciones de carácter individual y familiar que requieren de una actuación social inmediata allí donde se producen, es el trabajo que realiza diariamente el Servicio de Emergencia Social. El fin es minimizar los riesgos que conllevan para las personas y ayudarles a resolverlas utilizando los recursos del Sistema de Servicios Sociales previstos para estos casos o arbitrando los que sean necesarios y pertinentes en cada situación.

Para abordar de forma eficiente estas situaciones, la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, dispone de una serie de recursos en materia de Emergencia Social a fin de atender a las personas o grupos sociales que se encuentren en situaciones de desamparo o de crisis, originadas por causas imprevisibles y que, por su carácter de emergencia, no pueden esperar a ser atendidas por los Servicios Sociales de Atención Primaria.

Estos recursos, tanto de personal como asistenciales, son gestionados a través del Servicio de la Central de Emergencia Social (anteriormente SITADE), permanentemente conectada con el Centro de Emergencias del Organismo "Madrid 112" a través de un terminal de atención y seguimiento instalado en la misma. Funciona las 24 horas, todos los días del año, y atiende cualquier situación de emergencia social surgida en el territorio de la Comunidad de Madrid.

Y no voy a extenderme más, puesto que el tiempo de este encuentro es muy limitado y las actividades previstas son del máximo interés.

Tanto la calidad de los conferenciantes y ponentes como los títulos de las intervenciones son prometedores y justifican nuestra brevedad.

Termino reiterándoles mi gratitud al Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid por la organización de esta Jornada y a todos ustedes por la presencia en la misma. Deseo que los frutos de esta jornada sean generosos para todos, tanto en lo personal como en lo profesional.

Muy buenos días y muchas gracias.



*Luis Alberto Barriga Martín*

Ponencia inaugural Luis Alberto Barriga Martín

Trabajador Social. Col. nº 35–413

# Aportaciones del Trabajo Social en las situaciones de emergencia y crisis: Identidad, funciones, visibilidad<sup>1</sup>

## EXORDIO

Una vez que el Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid me hizo el amable encargo de pronunciar la Ponencia que es origen de este artículo y siendo –como soy– un neófito en el campo de las emergencias, tuve lógicamente que acudir a lo que se había escrito sobre el asunto. Así me encontré, felizmente, con alguna escasa pero buena literatura profesional al respecto gracias a algunos autores y autoras que sí se ocupan de esta materia y que me proporcionaron una espléndida lanzadera desde la que elaborar mi reflexión.

Lo primero que me cuestioné al revisar el título sugerido por el Colegio de Madrid fue la doble vertiente del encargo; por un lado se me solicitaba una reflexión sobre las aportaciones que puede hacer el Trabajo Social a la intervención en las situaciones de gran emergencia y crisis, por otro se me pedía que ahondase en tres asuntos –alguno de los cuales empieza ya a ser demasiado recurrente en los discursos profesionales– funciones, identidad y visibilidad del Trabajo Social.

---

1 Síntesis de la ponencia presentada en la IV JORNADA TRABAJO SOCIAL Y VOLUNTARIADO EN GRANDES EMERGENCIAS, organizada por el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid (5 de octubre de 2009).

Para la primera parte del encargo –relativa a la pertinencia y aportaciones del Trabajo Social en las situaciones de gran emergencia<sup>2</sup>– no puedo sino hacer un apresurado y seguro que torpe resumen de las principales fuentes deontológicas y epistemológicas que sustentan la necesidad de que los y las profesionales del Trabajo Social actuemos sin ningún complejo y junto a otras profesiones y disciplinas, en el campo de las emergencias.

La segunda cuestión –reflexionar sobre las funciones, la identidad profesional y la visibilidad del Trabajo Social– tiene más posibilidades literarias pero una dimensión y un calado que harán que cualquier abordaje resulte –con total seguridad– incompleto, por lo que intentaré que, por lo menos, sea sugerente como para provocar debates posteriores.

## **APORTACIONES DEL TRABAJO SOCIAL AL CAMPO DE LAS GRANDES EMERGENCIAS**

¿Qué aporta el Trabajo Social a la intervención en situaciones de emergencia?; o de otra manera: ¿están legitimados la disciplina y los profesionales del Trabajo Social para la intervención en crisis? y, de ser así, ¿en todo tipo de crisis y de qué maneras?

En el XI Congreso Estatal de Trabajo Social, celebrado recientemente en Zaragoza (2009), un Trabajador Social: Ángel Luis Arricivita Amo<sup>3</sup>, confirmaba en una interesante comunicación el importante papel del Trabajo Social en materia de emergencias y catástrofes, incluso desde una perspectiva ya histórica. Es decir, no se trata tanto de una cuestión relativamente novedosa como de un campo de intervención profesional ya hollado y que posee una trayectoria de décadas.

---

2 A lo largo de esta exposición me referiré a la actuación en emergencias centrándome no tanto a las situaciones mucho más cotidianas de intervención del Trabajo Social en situaciones de crisis, ya que el foro de presentación está compuesto por el Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios para Intervención en Situaciones de Grandes Emergencias y/o Catástrofes.

3 La profesión del Trabajo Social en la actualidad es deudora de autores como Arricivita, que se han especializado en la materia desde la práctica y que están siendo capaces de hacerla presente en los protocolos de intervención en emergencias y catástrofes al tiempo que están elaborando reflexiones de tipo teórico que fundamentan la aportación y pertinencia del Trabajo Social orientado a este campo de la intervención. En concreto, Arricivita dirige la revista "Psicosocial y Emergencias" –recurso en la red: [www.psicosocialyemergencias.com](http://www.psicosocialyemergencias.com)– y es autor de buen número de artículos alguno de los cuales es fundamental, como el aparecido en 2006 en el N° 74 de la Revista de Servicios Sociales y Política Social, editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (Monográfico dedicado a esta materia).

Una legitimación inicial para la intervención que está contenida en la legislación básica del Estado (Ley de Protección Civil de 1985<sup>4</sup> y Norma Básica de Protección Civil de 1992<sup>5</sup>) y en algunas leyes autonómicas de Servicios Sociales, pero la actuación en situaciones de emergencia ya venía siendo una práctica adscrita a las *Asistentes Sociales* de hospitales desde los años sesenta del siglo pasado.

De esta manera, trabajadores y trabajadoras sociales, hemos ido interviniendo en diferentes situaciones de emergencia y crisis, ya fuera de una manera planificada y previamente protocolizada en dispositivos más amplios de Protección Civil, o bien de manera espontánea ante una necesidad puntual e imperiosa de intervención<sup>6</sup>.

Arricivita (2006), define las emergencias como un *hecho súbito, inesperado, indeseable y, generalmente, imprevisible que, cuando menos, interrumpe y altera la rutina cotidiana de la/s persona/s directamente afectadas, de su entorno cercano (familia, vecinos, etc.) y/o de una colectividad (grupo, pueblo, ciudad, etc.), requiriendo su resolución (la de sus diferentes problemas), con frecuencia, actuaciones urgentes.*

Obviamente la etiología de las emergencias es variadísima y puede ser tanto de carácter antrópico (provocada por la actuación o la inacción del ser humano), de carácter natural (fenómenos meteorológicos, sísmicos, epidemias, etc.) o de carácter tecnológico (explosiones, colapsos industriales, etc.).

Los efectos de estas situaciones en las personas son también complejos y multifactoriales, de manera que tendremos que atender a cuestiones tan básicas como el restablecimiento de la seguridad, de la salud, el tratamiento de los desórdenes psicológicos y sociales provocados o la paulatina recuperación de la si-

---

4 Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre Protección Civil.

5 Real Decreto 407/1992, de 24 de abril, por el que se aprueba la Norma Básica de Protección Civil.

6 Destacaría aquí relatos directos como el que me hizo el responsable de los Servicios Sociales Municipales de Alcalá de Guadaíra (Sevilla). Ante las graves inundaciones sufridas en el otoño de 2007 el Ayuntamiento tuvo que reaccionar, improvisada pero ordenadamente; siendo los Servicios Sociales del municipio los encargados naturales de armar todo el dispositivo de atención, realojo y posterior apoyo a la reconstrucción desde el nivel municipal. Nadie tenía nada previsto, pero fueron capaces de armar un dispositivo ordenado y eficaz en menos de 24 horas. Algo similar ocurrió en el municipio Castellano-Manchego de Alcázar de San Juan, donde también los Servicios Sociales tuvieron que ofrecer una respuesta ante la emergencia y la post-emergencia que provocaron unas inundaciones.

tuación de normalidad. Es por ello que en estas situaciones, más que nunca, se hace necesaria la participación coordinada de muy diversas instituciones y profesionales en una movilización muy compleja en la que factores como el tiempo de respuesta o una logística milimétricamente ordenada son vitales.

La peculiaridad misma de las situaciones de gran emergencia y crisis hace que los Servicios Sanitarios, Sociales y, dentro de ambos, los profesionales del Trabajo Social, tengan un papel muy importante en todos los momentos de la intervención, esto es:

- Pre-emergencia.
- Emergencia.
- Post-emergencia.

Así, un esquema básico de actuaciones a desarrollar en cada uno de esos momentos para las grandes emergencias puede ser el siguiente:

#### **PRE EMERGENCIA:**

- Planificación de la intervención, generalmente, dentro de los dispositivos globales de protección civil.
- Incardinación del dispositivo de atención social con el resto de dispositivos, dentro de planes integrados y –normalmente– bajo la coordinación de un mando central operativo.
- Elaboración de protocolos preventivos y educativos dirigidos a la ciudadanía y difusión de los mismos.
- Participación en simulacros que evalúen la capacidad de respuesta y que evidencien carencias y posibilidades de mejora de los dispositivos.
- Formación continua del personal de atención previsto (tanto profesional como voluntario).

#### **EMERGENCIA<sup>7</sup>:**

- Tareas de contención y apoyo emocional. Acompañamiento.
- Tareas de localización e información a afectados y/o familiares.
- Tareas de mediación entre los afectados y otros sistemas intervinientes.

---

7 Estas funciones están tomadas del Extracto del protocolo de actuación del cuerpo de trabajadores sociales voluntarios en situaciones de grandes emergencias y/o catástrofes de Madrid (Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid)

- Gestión de recursos para facilitar las tareas de los equipos intervinientes.
- Prestar colaboración al resto de profesionales en las tareas de rescate, si así fuera requerido.
- Gestión de prestaciones básicas de supervivencia (alimentación, ropa, alojamiento alternativo, transporte, comunicación con familiares y otros).
- Cualquier otra gestión de servicios y/o recursos que fuera requerida para la atención de los afectados y de todas las personas intervinientes en los dispositivos de emergencia.

### POST EMERGENCIA:

- Intervención social con familias y afectados (recuperación material y psicosocial).
- Gestión de prestaciones básicas normalizadas y/o específicas a la situación relacionadas con subsistencia, alojamiento, vestido, recuperación económica familiar, etc....
- Evaluación de la intervención propia y del resto del dispositivo.

En definitiva, la de emergencia es una situación caracterizada por su eventualidad y por afectar súbitamente a las capacidades de salud, materiales y sociales de las personas. Son situaciones en las que se genera una **vulnerabilidad repentina** que requiere generalmente del concurso y la intervención de gran variedad de dispositivos y profesionales.

Pues bien, podemos afirmar que la presencia del Trabajo Social y de sus profesionales en las situaciones de emergencia y crisis es hoy en día incuestionable y está claramente legitimada desde tres fuentes simultáneas:

- a. **Legitimación deontológica:** El Trabajo Social es obviamente una profesión de auxilio. Si bien el Código Deontológico de la profesión<sup>8</sup> no hace referencia expresa a la actuación en situaciones de catástrofe o gran emergencia, indirectamente es evidente que tanto nuestras funciones (*información, prevención, asistencia, evaluación...* citadas en el artículo 2 del Código) como nuestra responsabilidad profesional (*dedicar los conocimientos a ayudar a individuos, grupos y comunidades en la resolución de sus crisis*; art. 8) conllevan que los y las profesionales del Trabajo Social nos sintamos impelidos a actuar ante las situaciones de emergencia y crisis, independientemente de la magnitud de estas.

---

8 Texto aprobado por la Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes sociales en su sesión extraordinaria de 29 de mayo de 1999.

Por otra parte, la declaración de Principios del Trabajo Social emanada de la FITS<sup>9</sup> indica que los trabajadores sociales deben *apoyar y defender la integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de cada persona* (Principio 4.1). Por lo tanto, la intervención del Trabajo Social en situaciones de crisis no es una posibilidad, sino que puede ser considerada como una obligación para toda la profesión.

- b. **Legitimación jurídica:** La normativa estatal en la materia; la citada Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre Protección Civil, establece con total claridad en el apartado 3.f de su artículo 1º, el objetivo de Protección Civil de prestar asistencia sanitaria y social. Por su parte, el Real Decreto 407/1992, de 24 de abril, por el que se aprueba la Norma Básica de Protección Civil también contiene lógicas referencias a actuaciones que han de ser contenidas en los Planes Territoriales y Especiales de Protección Civil y que lógicamente son promovidas y coordinadas con los Servicios Sociales. Así, su artículo 4.h, explicita las medidas a adoptar por estos planes en situaciones de socorro como son:

- *Búsqueda, rescate y salvamento.*
- *Primeros auxilios.*
- *Evacuación (transporte).*
- *Clasificación, control y evaluación de afectados a fines de asistencia sanitaria y social.*
- *Asistencia sanitaria primaria.*
- *Albergue de emergencia.*
- *Abastecimiento.*

Por su parte, el artículo 5 se refiere a los Planes Especiales y determina que el contenido de los mismos ha de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a. *Identificación y análisis del riesgo y la evaluación de sus consecuencias.*
- b. *Zonificación del riesgo.*
- c. *Evaluación del suceso en tiempo real para la aplicación oportuna de las medidas de protección.*

---

9 El documento “Ética en el Trabajo Social, Declaración de Principios” fue aprobado por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) y de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social en Adelaida, Australia, Octubre 2004.

- d. *Composición de la estructura operativa del Plan, considerando la incorporación de organismos especializados y personal técnico necesario.*
- e. *En los riesgos tecnológicos, la determinación de las actuaciones y responsabilidades de los industriales.*
- f. *Características de la información a la población diferenciando la relativa al conocimiento del riesgo y al conocimiento del Plan.*
- g. *Establecimiento de sistemas de alerta, para que las actuaciones en emergencias sean eminentemente preventivas.*
- h. *Planificación de medidas específicas, tanto de protección, como de carácter asistencial a la población.*

Pues bien, la lectura de ambas normas nos lleva a asegurar la **inexcusable colaboración de los servicios sanitarios y sociales en la planificación de cualquier Plan de Protección Civil**, ya sea territorial o especial.

Por otra parte, en el momento actual existe gran profusión de normativas autonómicas al respecto y, por lo que se refiere específicamente al Sistema de Servicios Sociales, algunas leyes autonómicas reguladoras del mismo explicitan la función que han de desempeñar los Servicios Sociales –tanto Básicos como Especializados– en las situaciones de emergencia para la provisión de recursos y atenciones que resuelvan las necesidades básicas de las posibles poblaciones afectadas (ya sea para situaciones individuales o colectivas).

Conviene mencionar en este apartado un nivel de atención pactado entre las estructuras profesionales (Colegios Oficiales) y las diferentes Administraciones Territoriales que se regulan mediante convenios específicos para la participación y protocolos de intervención de personal profesional voluntario, como es el caso del Colegio de Madrid con la Comunidad de Madrid.

Todas estas normas y acuerdos proporcionan un abundante arsenal jurídico legitimador de la actuación del Trabajo Social en materia de emergencias.

No obstante sí cabe indicar que aún es mucho el camino por recorrer y que existe una gran heterogeneidad de planteamientos entre unas Comunidades Autónomas y otras en esta materia. Conviven iniciativas que fueron pioneras y que ya están consolidadas (como es el caso de Aragón tanto en sus planes territoriales como específicos y en los que se contempla la atención psicosocial, o el caso del Voluntariado en Emergencias del Colegio de Trabajadores So-

ciales de Madrid), con iniciativas incipientes (iniciativas recientes en Castilla-La Mancha), como también hay territorios en los cuales no existen aún protocolos en los que la intervención de los Servicios Sociales y, por ende, del Trabajo Social, se haya visto reflejada de manera directa. Sirva este párrafo de invitación a una actitud proactiva del colectivo profesional.

- c. **Legitimación práctica:** Por último, la presencia activa del Trabajo Social en los planes previos a las emergencias, en los dispositivos de respuesta y en la evaluación de los mismos, se legitima definitivamente por la necesidad, cada vez mayor, de que las respuestas se realicen desde un abordaje integral que ha de contar con el concurso de diferentes profesionales y sistemas.

El Trabajo Social se sitúa aquí en una posición que puede resultar significativamente útil en los casos de gran emergencia y todo ello, al menos, desde tres puntos de vista;

### 1. Los conocimientos

Desde el Trabajo Social se tiende a ofrecer una perspectiva global (integral) de los problemas a abordar. No nos es extraña en absoluto la comprensión de las situaciones-problema desde diferentes ángulos y esto es esencial en las situaciones de emergencia. No es sólo una cuestión de salvamento y de atención sanitaria *in situ* e inmediata, también hay que manejar alojamientos y transportes, atención psicosocial a las víctimas y a sus familiares, atención al personal del operativo desplegado, recogida de datos, entrega de información “dosificada”, logística de medios, planificación de tiempos, gestión de recursos de todo tipo existentes en el entorno... Se trata de un entramado complejo de actuaciones y, por lo tanto, es necesaria una **visión armónica de todas las actuaciones y dispositivos**.

Nuestra **especialización en la globalidad** hace que podamos ser muy útiles en las situaciones de pre-emergencia, en la planificación de las respuestas; en el momento en el que hay que tener en cuenta todos estos aspectos y –lo que es más importante– la incardinación entre los mismos. Nuestros conocimientos en materia de planificación y logística en terreno, bien pueden ser puestos al servicio de los planes de emergencia en su diseño previo o, en los casos en que se hace necesaria la “inventiva” inmediata cuando aquellos no existieran. El conocimiento profundo y detallado del medio en el que intervenimos unido a los contactos con gran número de personas e instituciones nos convierten en agentes clave en el proceso de planificación.

Además, por nuestra posición “fronteriza” entre sistemas y profesiones, manejamos muchos de los diferentes códigos (lenguajes) empleados por sanitarios, policías, personal de salvamento y rescate, psicólogos, forenses, juristas, aseguradoras, administraciones, damnificados, etc... lo que nos convierte en un **nodo traductor y conector** de las necesidades del operativo que se tenga que desplegar.

A esto cabe añadir los conocimientos aplicables a la atención personal psicococial a víctimas y familiares (que en este caso compartimos con otros profesionales) y que bien pueden ser puestos en práctica si son requeridos<sup>10</sup>. Estos conocimientos forman parte del Trabajo Social desde sus orígenes<sup>11</sup> y son connaturales a la disciplina partiendo del modelo clínico de casos –case work– aportado por Mary Richmond (1922) y desarrollado posteriormente en su vertiente psicococial –diferenciada de la psicoterapia– por Florence Hollis (1964). Por supuesto que los modelos de Intervención en Crisis (con Naomí Golan en 1978) o la escuela de Modelo Sistémico aplicado al Trabajo Social (Campanini y Luppi–1996) sustentan epistemológicamente cualquier intervención social que trate de reequilibrar el *statu quo* personal y relacional gravemente alterado por las catástrofes.

## 2. Las habilidades y aptitudes

La contención de situaciones de dolor, angustia, estrés y shock requiere de cierto entrenamiento personal (cada persona tiene un umbral diferente de resistencia al dolor emocional y tiene que desarrollar sus propios mecanismos de defensa para impedir los bloqueos y las secuelas en la medida de lo posible) y de altísimas dosis de sentido común y humanidad.

---

10 En este sentido, y a riesgo de equivocarme por no ser un experto en la materia, cuestionaría el trato que están dando últimamente los medios de comunicación a las emergencias en el sentido de establecer como algo importantísimo la atención psicológica en las catástrofes. Los titulares del tipo “ya han sido desplazados a la zona X equipos de atención psicológica a las víctimas...” llaman poderosamente la atención. No obstante, en los momentos inmediatos a las tragedias, sabemos que tan importante o más que la atención psicológica (que por otra parte tiene reducidas posibilidades de intervención en ese momento) lo es que víctimas y familiares sean objeto de un dispositivo global facilitador de información puntual, que cubra sus necesidades más básicas de alojamiento, alimentación, aseo, comunicaciones, etc... En la parte del trato personal con alguien que acaba de perder a un ser querido accidentalmente, sabemos que poco más se puede hacer que estar ahí, sin más. Eso sí, sabiendo estar.

11 En definitiva el nacimiento de la disciplina científica del Trabajo Social está clarísimamente ligado a la atención para la resolución de crisis.

Las capacidades empáticas son un tesoro profesional del Trabajo Social que ha de ser desplegado en las situaciones de crisis. La capacidad para percibir la situación en la que se encuentra el otro/a y la comunicación emocional, sin perder de vista la determinación y priorización de las necesidades a atender, forma parte del bagaje habitual; del arsenal aptitudinal de los trabajadores y trabajadoras sociales.

Por último, en cuanto a las habilidades requeridas, no podemos dejar de citar una que está mal definida si la llamamos sin más *sentido común*, pero que tiene que ver con la costumbre que tenemos para afrontar situaciones complejas, con múltiples variables, en las que las posibilidades de preverlo todo son escasas y tomando decisiones bajo las presiones y tensión de entorno.

### 3. El Sistema de Servicios Sociales

Como parte de la legitimación práctica, es innegable que los Servicios Sociales (y aquí me refiero especialmente a los Servicios Sociales de base o comunitarios) tienen implantación territorial en todo el Estado y llegan de manera cercana y directa hasta el último rincón de la geografía.

El Sistema de Servicios Sociales, en su nivel de atención primaria, tiene funciones propias y directas relacionadas con las situaciones de emergencia y crisis (como es la de alojamiento alternativo, contenida en el Plan Concertado de Prestaciones Básicas) y además posee un conocimiento directísimo del entorno, de sus recursos humanos e institucionales y una capacidad organizadora (catalizadora) en los niveles municipales que ya ha sido demostrada.

Por lo tanto, el Sistema de Servicios Sociales básicos –de nivel municipal o comarcal–, y dentro de estos los trabajadores sociales, tiene la posibilidad y la obligación de intervenir en las situaciones de gran emergencia que se produzcan en su ámbito. Ahora bien, son aún pocos los municipios o comarcas que tienen planes de intervención y menos aún los que otorgan un papel importante a los Servicios Sociales. No obstante las experiencias exitosas existentes se deben ir propagando por todos los territorios de manera que terminen contagiando los planes de intervención en emergencias procedan del nivel que procedan.

No podemos dejar de citar aquí también la importancia del papel de los Servicios Sociales en la post-emergencia. Un ejemplo clarísimo de ello se tuvo en Barcelona, en el barrio del Carmel, cuando por el desastre provocado por la construcción de un túnel hubo que desalojar de sus hogares de manera inmediata a 1.276

personas. No hubo ni una sola víctima, pero la actuación post-emergencia supuso el alojamiento temporal y posterior realojo de cientos de familias. Pensemos en las dimensiones de la gestión de cobertura inicial de necesidades básicas, en la paulatina recuperación de la vida cotidiana, en los cambios y gestiones de escolarizaciones, servicios de todo tipo, empleos (negocios) destruidos, etc... que hubo que recuperar. Pues bien, una parte muy importante de esta actuación fue asumida por la estructura de Servicios Sociales.

Por todo lo dicho, la presencia del Trabajo Social como disciplina y de los/as profesionales del mismo en las actuaciones de emergencia posee plena legitimación desde los órdenes deontológico, jurídico y práctico. Dicho de otra manera, este es un ámbito en el que DEBEMOS ofrecer nuestros servicios, PODEMOS intervenir legítimamente y SABEMOS actuar (ya sea desde mandatos institucionales o desde el voluntariado profesional organizado).

## **IDENTIDAD, FUNCIONES, VISIBILIDAD**

Comentábamos en el exordio inicial que esta cuestión se daba más a la práctica literaria y que sus dimensiones y calado excedían con mucho el contenido de una conferencia o de un artículo. Por lo tanto cabe plantear una somerísima reflexión al respecto que más que aclaratoria resulte, si acaso, sugerente para posteriores desarrollos.

El mero hecho de plantearse la cuestión ya nos sugiere que podemos tener algún problema ¿Por qué nos seguimos planteando la identidad y las funciones? Nadie que tenga claros estos aspectos se preguntaría sobre ellos.

En mi opinión y sin salirme de la materia del artículo, creo que la utilidad y aportaciones del Trabajo Social a todo tipo de situaciones de crisis social y, dentro de estas, las grandes emergencias, son más que evidentes y se están demostrando en la práctica. En cuanto a las funciones y a la identidad del Trabajo Social en materia de emergencias, las dimensiones práctica y deontológica que veíamos más arriba son argumentos contundentes para aportarnos un anclaje sólido de ambas, si bien es cierto que la invisibilidad de nuestras actuaciones de cara –sobre todo– a los medios de comunicación es muy elevada.

El Trabajo Social no puede, de ninguna manera, carecer de identidad sólida como disciplina que opera dentro de los Sistemas de Protección Social. No puede permitirse ese lujo.

Para la consultoría de Organizaciones –según el modelo de Desarrollo Organizacional<sup>12</sup>– en toda configuración organizativa (entendiendo la organización desde una óptica organicista como un “ser” con vida propia) se pueden distinguir cuatro niveles que a su vez requieren diferentes tipos de diagnóstico y tratamiento.

Resumiendo mucho el planteamiento, por un lado estaría el nivel de CÁLCULO; conformado por las operaciones simples, computacionales, de matemática operacional que realiza la organización-ente y que suponen la parte menos compleja de las organizaciones (la contabilidad). En un nivel más elevado de complejidad, nos encontraríamos con los PROCESOS que ya suponen sucesión, superposición y simultaneidad de operaciones básicas. Este nivel implica para su desarrollo y comprensión una mayor capacidad de abstracción, si bien sigue teniendo comportamientos y lecturas lógico-cartesianos. Cualquier diagrama de flujo que represente una acción y el camino hacia un resultado responde a esta lógica metodológica de procesos; usa un lenguaje simple dicotómico (sí-no) y no admite salirse del camino trazado. Ambos aspectos, CÁLCULO y PROCESOS son observables, visibles para cualquier analista y suponen un ansiolítico para los operadores (y para las víctimas) en una emergencia (*“llegaron y cada uno sabía lo que tenía que hacer...”*).

Un tercer nivel, de mucha mayor complejidad, lo conformaría el ámbito del PODER. En este nivel organizativo se dirimen los roles y las funciones que cada cual tiene y, por lo tanto, también es donde surgen los conflictos. Los dos anteriores niveles son relativamente mecánicos, predecibles y ansiolíticos. Sin embargo, el tercer nivel, el del PODER es impredecible, *ansiógeno* y complejo (*no trivial* en términos de Edgar Morín). Ahora bien, este es el nivel energético por excelencia. De la misma forma que en él reside el conflicto, reside la energía que debidamente canalizada hace que la organización viva sea capaz de cambiar y adaptarse. Evidentemente la carga energética de una organización también es observable mediante indicios, pero no en su totalidad.

Finalmente, el Desarrollo Organizacional nos habla de un cuarto nivel, mucho más profundo e inconsciente. Lleno de complejidad y de simplicidad al tiempo; el nivel de la IDENTIDAD. La identidad de un ente-organización es su esencia. Es la fuente de los valores que sustentan su existencia misma, responde a las finalida-

---

12 Toda la reflexión que viene a continuación parte de las ideas que aprendí de uno de mis maestros: Itamar Rogovsky, profesor de la Universidad de Bar-Ilán (Israel), consultor internacional y fundador del Instituto G.R. de Desarrollo Organizacional.

des últimas; al mundo de lo teleológico. Nada en este nivel es observable directamente y su examen requiere de introspecciones que han de ser interpretadas con mayor o menor tino.

Pues bien, considerando estos cuatro niveles podríamos realizar el juego de **diagnosticar al Trabajo Social en el entorno de las Emergencias** como un ente complejo (esto es: disciplina teórica + acción real + personas/profesionales) susceptible de ser analizado conforme a los principios del Desarrollo organizacional.

Así nos encontraríamos con operaciones propias del nivel del CÁLCULO operacional en el Trabajo Social en Emergencias. Operaciones sencillas como son el manejo de listados, datos personales, guías de recursos, contactos, comunicaciones, etc. En el nivel de los PROCESOS encontraríamos todo lo relacionado con los protocolos de actuación (activación de las emergencias, disponibilidad de efectivos, acceso a las zonas de trabajo, despliegue de los medios oportunos, atención a afectados y al resto del dispositivo, retirada, etc.). Estos procesos se desarrollan, evidentemente, en confluencia con el resto de intervinientes (profesionales e instituciones) y tienen que tender a estar milimétricamente ordenados y lo más cerrados que sea posible, en el sentido de no dar demasiadas opciones a la improvisación (aunque siempre sea necesaria la adaptación a cada circunstancia concreta).

Ahondando en la complejidad del funcionamiento organizativo entraríamos en el nivel del PODER. Este nivel (repetimos que energético) es en el que se inserta el liderazgo de cada una de las situaciones. El *liderazgo situacional* se observa muy bien en las situaciones de gran emergencia; en los momentos iniciales y dependiendo del tipo de emergencia, son los equipos de rescate y salvamento los que lideran la situación, en un segundo momento (asegurada la zona) suele ser el nivel sanitario el que asume el protagonismo de la acción y el resto del dispositivo se pone a su servicio. Posteriormente entrarán en juego (caso de haber víctimas) los equipos forenses y los equipos encargados de la contención de familiares y allegados, medios de comunicación, etc... (en este momento se empieza a activar al Trabajo Social). De esta manera, el PODER va pasando de manera natural de unos a otros. La energía que mueve al conjunto es única: salvar, rescatar, proteger, minorar los daños, acompañar las pérdidas...

Pero también hay que decir que ese poder derivado del rol del momento que va pasando de mano en mano puede convertirse también en fuente de conflicto entre "familias" profesionales o entre entidades intervinientes. Esta es una tendencia natural y que tiene que ver con la tremendamente humana tendencia de sen-

tirse útiles a la vista de los demás como recompensa al “altruismo”. Cualquiera que haya estado en este tipo de situación sabe que se producirán inevitablemente estos roces entre los auxiliares y, para no ir muy lejos en el tiempo, el terremoto en Haití ofreció una buena muestra de descoordinación entre entidades y –lo que es peor– conflictos abiertos entre los equipos de auxilio, la prensa (que también cumplía un papel), las autoridades locales (o lo poco que quedaba de ellas), los militares desplazados y las ONGD que operaban en la zona. No es nada fácil manejarse en ese tipo de situación con la suficiente frialdad, lógica de comportamiento, sentido común y humildad.

Finalmente, en el nivel de la IDENTIDAD, cada una de las identidades (profesionales e institucionales) que componen el operativo posee sus valores, su mandato teleológico (ético en definitiva) y su “ser en el mundo”. Las identidades sólidas (saber quién somos y para qué estamos) generan confianza en sus portadores y –por extensión– en su entorno. Las identidades inciertas, poco claras, generan baja autoestima que se filtra al exterior (que a su vez actúa en consecuencia). Por eso no es buen síntoma preguntarse de manera constante –casi patológica– acerca de la identidad. Supone cuestionar las esencias, los valores, las finalidades últimas. El Trabajo Social (habrá que repetirlo como un mantra) es una profesión de auxilio obligada a intervenir para ayudar en las situaciones de crisis y preparada para ello.

Este esquema de análisis de las organizaciones (que he descrito un tanto atropelladamente) posee gran utilidad para la intervención sobre el propio sistema del Trabajo Social si comprendemos dos axiomas:

**Axioma 1.– Todo problema en un nivel (si no se trata) tiende a provocar nuevos problemas en el nivel adyacente más complejo.** Es decir, si hay un problema de cálculo (por ejemplo carecer de datos fiables) derivará en un problema de protocolo (en Haití la ayuda humanitaria literalmente se atascó entre otras cosas porque cuando se fletaron los aviones se carecía de datos básicos de la situación del aeropuerto de la capital o de los recursos de combustible preservados).

Si se abre un problema en el nivel del poder (por ejemplo un conflicto directo entre sanitarios y militares en misión humanitaria donde los primeros quieren arriesgar su vida para salvar a otros y los segundos son capaces de sesgar vidas para proteger a los primeros) se puede derivar en el incumplimiento de la finalidad última e incluso en la contradicción (sanitarios detenidos por las fuerzas del orden).

Un problema de falta de protocolo de intervención (metodología de los procesos, en definitiva) derivará sin lugar a dudas en conflictos de poder. Dicho en *román paladino*: si no se tiene claro qué ha de hacer cada uno... terminaremos tirándonos los trastos a la cabeza y considerando que el otro/a es un chapucero (cuando no es un problema de personas sino de falta de método).

**Axioma 2.– Todo problema en un nivel –para ser tratado– ha de ser trasladado al nivel contiguo de simplicidad.** Esto es muy fácil de entender. Una manera de resolver un conflicto de poder puede ser centrarse en la mejora de los procesos. Si el problema lo tenemos en la ausencia de protocolos o en que estos son incorrectos, debemos centrarnos en poseer buenos datos, una buena línea de base que nos lleve de la mano hacia la mejora de los procesos.

Incluso un grave problema de identidad (*no saber muy bien para qué estamos aquí*) puede ser elevado al nivel del poder; puede ser resuelto desde la redistribución correcta de roles y de poder situacional en el equipo de emergencias (la tarea de identidad).

¿Y la visibilidad? Esa es otra cuestión. Nuestra acción no es nunca espectacular –todo lo contrario, debe estar presidida por la discreción–.

Pero la visibilidad no es sólo la aparición en los medios de comunicación (de los que estamos demasiado alejados, es cierto, como profesión). En realidad la visibilidad se construye honestamente desde la acción. Tengamos esto claro: **no somos quienes decimos ser; somos lo que hacemos.** Es decir, la IMAGEN PROYECTADA a la sociedad sobre el Trabajo Social en todas las situaciones es vital (cómo no, también en las situaciones de emergencia). Todas las personas hacemos valoraciones de colectivos y entidades en función de nuestras experiencias directas. Así, la actuación correcta, proporcionada, honesta y coherente proyectará una imagen positiva y –con más intensidad– negativa si nuestra acción es descoordinada, desproporcionada o incoherente.

Por lo tanto, la invisibilidad (que no es buena) ha de ser combatida con celo profesional y asumiendo la obligación de difundir a la comunidad científica (hay que investigar y escribir mucho más sobre el Trabajo Social) y a la sociedad en su conjunto (que es quien legitima nuestra existencia) los descubrimientos que vayamos realizando; los jalones que vayamos poniendo en el camino de la construcción de esta profesión. No nos queda otra.

Por lo tanto, y para finalizar, si alguien cree que tenemos un problema de identidad (cosa que yo no creo), puede –como terapia combinada– dedicarse a reflexionar qué aporta el Trabajo Social como disciplina y como práctica al campo de las emergencias y las situaciones crisis. Descubrirá que la mera reflexión le devuelve identidad y que la práctica cotidiana confirma nuestra razón de ser.

**Corolario:** Cuidémonos, cuidemos la profesión, para poder así auxiliar.

*Los Trabajadores Sociales tienen el deber de hacer lo necesario para cuidar de ellos mismos profesional y personalmente en el lugar de trabajo y en la sociedad para asegurarse de que pueden ofrecer los servicios adecuados... (\*)*

(\*) Apartado 5.6 del documento de Ética Profesional aprobado por la FITS en 2004.

## Bibliografía

ARRICIVITA AMO, A. L.: *La intervención social (o psicosocial) en emergencias y catástrofes*. Artículo en Revista Servicios Sociales y Política Social nº 74, 2006: 28. Editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.

ARRICIVITA AMO, A. L.: *El papel de los Servicios sociales en la gestión integral de las emergencias*. Artículo en [www.seguridadlocaldigital.com](http://www.seguridadlocaldigital.com) (nº 19 – marzo/abril 2008).

CAMPANINI, A. Y LUPPI, F.: *Servicio Social y modelo sistémico. Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana*. Barcelona. Paidós. (1996).

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES DE MADRID: *Dossier sobre emergencias* (doc. Interno) (2009). *Contenidos*: Comunicado del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, sobre el accidente aéreo de Barajas del 20 de agosto de 2008. Actuación del Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid durante la Gran Emergencia producida por el accidente aéreo de Barajas de 20 agosto 2008 - Evaluación-reflexión. Documentos sobre el Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios para Intervención en Grandes Emergencias (Cronología del Cuerpo y Extracto del Protocolo de Actuación).

GOLAN, N.: "Treatment in Crisis Situation". Nueva York. The Free Press, Macmillan. (1979)

HERRERO MUGURUZA, I.: *Breve aproximación al Trabajo Social en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes* (2009). Comunicación –inédita- presentada al Congreso de Trabajo Social y Salud (Oviedo 2009).

HOLLIS, F.: *Casework: a psychosocial therapy*, (1964).

RICHMOND M. *What is Social Casework?* (1922). [Edición en español: Editorial: Lumen-Hvmanitas Trabajo Social (2001)].

VV.AA. *Monográfico: Intervención Social en situaciones de Emergencia*. Revista Servicios Sociales y Política Social. Nº 74. (2006) Editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.



*Javier Martín Sánchez*

# Análisis de la intervención en grandes emergencias desde el Servicio de Emergencia Social de la Comunidad de Madrid

Javier Martín Sánchez

Jefe de Servicio de Emergencia Social

## RESUMEN

*La Consejería de Familia y Asuntos Sociales puso en marcha el Servicio de Unidades Móviles de Emergencia Social en febrero de 2005, lo que supuso incorporar un recurso especializado más al conjunto de servicios y medios que la Comunidad de Madrid dispone para ofrecer una eficaz respuesta ante una situación de catástrofe o gran emergencia.*

*Desde su creación, el Servicio de Emergencia Social ha ido configurando una metodología de trabajo específica para la intervención en catástrofes y la atención de las personas afectadas por este tipo de emergencias.*

*La experiencia de la intervención en el grave accidente de avión, sucedido el 20 de agosto de 2008 en el aeropuerto de Barajas, ha puesto a prueba la capacidad de respuesta del Servicio y ha permitido, tras un proceso de evaluación, continuar mejorando los recursos y métodos de intervención.*

## PALABRAS CLAVE

Atención Social individual. Familiar. Colectiva. Gestión de Recursos.

## EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES ¿CONCEPTOS AFINES?

Antes de entrar en la materia a la que se refiere el título de este artículo, parece oportuno acotar dos términos, emergencia y catástrofe.

La palabra **catástrofe** deriva del griego *katastrophe* que significa “ruina” y hace referencia a un suceso fatídico que altera el orden regular de las cosas. Está asociado a desastre, a hechos que afectan negativamente a la vida.

Desde el ámbito de la intervención profesional, se puede entender como catástrofe, aquel suceso que causa alteraciones intensas en:

- las personas,
- los bienes,
- los servicios,
- el entorno,

y que por su magnitud, excede la capacidad de respuesta de los afectados.

El término **emergencia** está definido por el Diccionario de la Real Academia:

*... como la situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata.*

Por tanto, cuando se asigna a un suceso la categoría de gran emergencia, se hace mención a que se ha producido una catástrofe y que, consecuentemente, es imprescindible dar una respuesta rápida y eficaz a la magnitud del suceso.

Igualmente, es imprescindible que ante cualquier catástrofe, los servicios de emergencia pongan en marcha todos sus recursos para que la respuesta sea:

- organizada,
- coordinada,
- rápida,
- dotada de un gran número de recursos y sobre todo, integral.

## **INTERVENCIÓN EN GRANDES EMERGENCIAS: LA RESPUESTA EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

La Administración de la Comunidad de Madrid tiene atribuidas por Ley competencias en materia de protección ciudadana y seguridad pública, incluyendo la prevención y extinción de incendios y la coordinación de emergencias.

Asimismo es la Consejería de Presidencia, Justicia e Interior bajo la superior dirección de su titular, la que desarrolla, coordina y controla la ejecución de las políticas del Gobierno en esta materia (Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid).

La política del Gobierno de la Comunidad de Madrid en materia de protección ciudadana, se ha dotado de un instrumento normativo y ejecutivo, el PLAN TERRITORIAL DE PROTECCION CIVIL DE LA COMUNIDAD DE MADRID (PLATERCAM) aprobado por el Consejo de Gobierno mediante el Decreto 85/1992, de 17 de diciembre (BOCM de 15 de enero de 1993. Corrección de errores: BOCM de 17 de febrero de 1993).

Este Plan tiene, entre sus objetivos fundamentales:

- Integrar y coordinar los numerosos recursos, organismos y servicios que intervienen en una situación de gravedad tipificada como gran emergencia.

En base a este Plan se determinan las fases y actuaciones necesarias para abordar las situaciones de catástrofe y gran emergencia en la región de Madrid.

Son las siguientes:

- 1) Identificación de los riesgos que pueden producir las emergencias.
- 2) Prevención de las situaciones que producen los riesgos.
- 3) Establecimiento de situaciones de gravedad (se establecen los niveles y situaciones de gravedad en concordancia con las medidas de protección que deben adoptarse).
- 4) Establecimiento de la estructura jerárquica.
- 5) Operatividad del Plan.
- 6) Información a la población.
- 7) Determinación de medios y recursos.
- 8) Implantación y mantenimiento del Plan.

Para clarificar el ámbito de actuación del Servicio de Emergencia Social referido al PLATERCAM, es necesario dar una breve explicación de la fase 4 anteriormente enumerada.

El nivel jerárquico que establece el PLATERCAM es el siguiente:

- **LA ESTRUCTURA DE DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN**
  1. Director del Plan.
  2. Comité Asesor.
  3. CECOP/I.
  4. Gabinete de Información.
  
- **LA ESTRUCTURA OPERATIVA**
  1. Puesto de Mando Avanzado.
  2. Grupos de Acción:
    - 2.1. Grupo de Intervención (bomberos).
    - 2.1. Grupo Sanitario.
    - 2.3. Grupo de Seguridad (policía nacional, local, guardia civil).
    - 2.4. Grupo de Apoyo Técnico (especialistas y asesores técnicos).
    - 2.5. Grupo Logístico (recursos asistenciales, transporte, etc.) en el que se integra, junto a otros servicios, el Servicio de Emergencia Social.

## **EL SERVICIO DE EMERGENCIA SOCIAL ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y FUNCIONALES**

La Consejería de Familia y Asuntos Sociales contaba, desde noviembre de 1988, con el Servicio de Información Telefónica y Atención de Emergencias Sociales (SITADE), gestionado conjuntamente con el Ayuntamiento de Madrid. A partir de la firma, en 2006, de un Protocolo de Colaboración con dicha Administración, el SITADE pasó a denominarse Servicio de Emergencia Social.

El **Servicio de Emergencia Social** tiene como función principal, ofrecer la atención social necesaria, ante situaciones de emergencia individual, familiar y colectiva, así como en grandes emergencias.

## Características principales:

- Servicio *pionero* a nivel autonómico.
- Funciona las 24 horas/365 días.
- En permanente conexión con el Centro de Emergencias MADRID 112: Permite *optimizar la coordinación y las respuestas* a las alertas de Protección Civil ante emergencias colectivas y/o grandes emergencias.
- Aporta *servicios de valor añadido*, como el Servicio de Acompañamiento Social de Urgencia –SASU– y el Servicio de intérpretes en once idiomas y de intérpretes de lenguaje de signos.
- Dispone de diferentes tipos de *recursos adaptados* a los problemas y necesidades que surgen en las emergencias.

## Estructura organizativa que lo integra:

### Central de Emergencia Social:

- **Personal técnico:** Doce trabajadores sociales. Un coordinador y un técnico de apoyo y supervisión.
- **Funciones:**
  - Recepción de llamadas, tanto a través del 112, como de profesionales, solicitando una intervención.
  - Primera valoración y, si procede, activación de las Unidades Móviles.
  - Información, orientación y gestión de recursos adecuados a la situación de emergencia.
  - Coordinación con los Servicios Sociales de referencia y otros servicios.

### Unidades Móviles de Emergencia Social.

- Se dispone de cuatro vehículos adaptados, con capacidad para transportar hasta ocho personas y dotados de los medios técnicos y de comunicaciones necesarios ante cualquier emergencia.
- Equipo profesional de cada unidad móvil:
  - Trabajador Social.
  - Auxiliar de Servicios Sociales.
  - Conductor.
- **Personal técnico:** Ochenta profesionales además de un Coordinador y un Supervisor.

– **Funciones:**

- Atención *in situ*.
- Obtención de Información.
- Análisis y valoración de la demanda.
- Propuesta de las medidas a adoptar.
- Gestión y acompañamiento a los recursos asignados desde la Central, etc.



## FASES DE LA INTERVENCIÓN EN GRANDES EMERGENCIAS

### FASE 1:

#### RECEPCIÓN DEL AVISO Y ACTIVACIÓN DE RECURSOS

- a. El responsable del Servicio de Emergencia Social recibe la comunicación del Centro de Emergencias 112 ó del responsable de Protección Civil de la Comunidad de Madrid o del responsable de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, de un accidente o suceso de gravedad, que por sus dimensiones puede considerarse como gran emergencia.
- b. De inmediato y según el procedimiento establecido, activa los dispositivos del Servicio al objeto de dar una respuesta eficaz y adecuada.

### FASE 2:

#### LLEGADA AL LUGAR DE LA EMERGENCIA Y CREACIÓN DE UN GRUPO OPERATIVO

##### Tareas prioritarias:

- a. Coordinación con el grupo de mandos desplazados a la zona de la catástrofe.
- b. Realizar una primera valoración de necesidades.
- c. Activación inmediata de los recursos disponibles:
  - Inicialmente, las cuatro Unidades Móviles.
  - Psicólogos especializados en intervención en crisis.
- d. Según la magnitud del suceso y en virtud del Convenio de colaboración establecido con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, se activaría al Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios del Colegio de Madrid y a los voluntarios de las organizaciones integradas en FEVOCAM.
- e. Constitución del Grupo o mando-operativo social, formado por:
  - Responsable del Servicio de Emergencia Social, que asumirá la coordinación.
  - Coordinador de las Unidades Móviles.
  - Responsables del Cuerpo de voluntariado profesional y generalista.

### FASE 3: ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS Y FAMILIARES

#### Tareas prioritarias:

- Apoyo psicosocial.
- Ayuda y acompañamiento.
- Censo de damnificados.
- Localización de familiares.
- Información y orientación.
- Derivación específica a los recursos y/o ayudas habilitadas.

Según las necesidades detectadas, se activarían los recursos complementarios del Servicio:

- Servicio de intérpretes en once idiomas y en lenguaje de signos.
- Servicio de acompañamiento social de urgencia (SASU).

### FASE 4: ATENCIÓN DE NUEVAS NECESIDADES SURGIDAS Y ACTIVACIÓN DE MÁS RECURSOS

El Grupo operativo, a través del Responsable del Servicio de Emergencia Social, solicitará a los Responsables de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales los nuevos recursos que se consideran necesarios para la atención de los afectados.

#### • Recursos que la Consejería de Familia y Asuntos Sociales dispone para la atención de grandes emergencias:

##### Centros:

- Catorce plazas de emergencia en Residencias de Mayores y durante el tiempo que dura la campaña contra el frío, cuatro plazas más.
- Una plaza para discapacitados físicos en Centro "ECOPLAR-Mirasierra".
- Dos plazas para discapacitados psíquicos en la Casa Familiar S. Francisco de Asís de Torrelodones (Centro concertado con la Consejería).
- Plazas para menores en Centros de acogida del IMMF.
- Plazas en centros de acogida para mujeres jóvenes.
- Tres plazas para personas sin hogar en CEDIA.
- Alojamiento alternativo en hoteles y/o pensiones.

*Servicios:*

- Cuatro Psicólogos para contención de crisis y apoyo.
- Servicio de intérpretes de once idiomas.
- Servicio de intérpretes de lenguaje de signos.
- Servicio de Acompañamiento Social de Urgencia (SASU).  
Cuatro auxiliares.

*Otros:*

- Fondo económico de emergencia.
- **En colaboración con el Ayuntamiento de Madrid:**
  - Seis plazas en centros de acogida, principalmente para personas sin hogar (durante la campaña contra el frío se dispone de seis plazas más).
- **En colaboración con Cruz Roja:**
  - Doce plazas para extranjeros en situación de emergencia (hotel).
- **Con la Dirección General de Familia** se ha establecido un protocolo para poder llevar a cabo ingresos de emergencia de jóvenes embarazadas.

## **BALANCE DE LA INTERVENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA SOCIAL EN EL ACCIDENTE DE AVION SUCEDIDO EL 20 DE AGOSTO DE 2008 EN EL AEROPUERTO DE BARAJAS**

- La intervención surge como respuesta al aviso de un grave accidente de avión en la pista de aterrizaje de la Terminal 4.
- La comunicación del suceso se recibió de forma inmediata a través del Centro de Emergencias Madrid 112.
- Tras recibir instrucciones de los responsables de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, desde el Servicio de Emergencia Social se activó el protocolo para intervención en grandes emergencias.
- Poco tiempo después se conoció que había muy pocos supervivientes (se estimaba que viajaban 160 personas) y en previsión de la elevada afluencia de familiares al lugar del suceso, se desplazaron las cuatro unidades móviles del Servicio de Emergencia Social, con los cuatro psicólogos de apoyo disponibles.

La intervención del Servicio se centró en la atención psicológica y el acompañamiento y apoyo a los familiares de las víctimas que iban llegando hasta el tanatorio de emergencia, instalado en los pabellones de IFEMA.

Posteriormente, se amplió a los familiares que iban siendo trasladados al hotel habilitado para alojamiento de los familiares de las víctimas.

El Puesto operativo de coordinación para la atención de esta gran emergencia se instaló en los Pabellones de IFEMA, al ser el lugar donde se estaba realizando la identificación de víctimas y al que llegaban de forma masiva los familiares. Las instituciones participantes en el mismo eran, Protección Civil, Fuerzas de seguridad, equipos judiciales y forenses, agencias y equipos sanitarios, Cruz Roja, Samur Social, AENA, compañía aérea afectada, entre otros.

Se consideró necesario realizar, además de la primera acogida y el apoyo a los familiares, un seguimiento personalizado en aquellos casos que no se había podido concluir el proceso de identificación. Por este motivo, la atención del Servicio cubrió las primeras 48 horas de manera intensiva y después se atendió, de forma puntual, a los familiares que lo demandaron.

Los profesionales que intervinieron fueron:

- Dieciocho trabajadores sociales.
- Cuatro psicólogos.
- Personal de apoyo (auxiliares, conductores) de los equipos de las unidades móviles, en total, treinta y ocho personas.

Además, en virtud del Convenio de colaboración entre la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y el Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid, se activó al Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios, preparados para intervenir en grandes emergencias, participando veintisiete profesionales.

De la **evaluación** realizada al finalizar esta intervención, se extrajeron las reflexiones y observaciones siguientes:

- a. Se produjo una rápida y masiva respuesta de las diversas instituciones implicadas: sanitarias, judiciales, cuerpos de policía, profesionales de emergencias, entre otras.

- b. La experiencia obtenida tras la gran emergencia que supuso el 11-M, permitió en esta ocasión organizar espacios, medios y herramientas de coordinación de manera más ágil, ya que en breve tiempo se pudo comenzar con los trabajos de identificación de víctimas y la acogida y atención organizada a los familiares.
- c. Se constató la existencia de un gran número de instituciones implicadas, tanto a nivel institucional, como funcional, lo que supuso una dificultad añadida a la agilidad y fluidez que requiere una buena coordinación.
- d. Establecer protocolos internos en los equipos de intervención en grandes emergencias es algo imprescindible, pero además, es necesario que estos protocolos contemplen la interrelación con los profesionales de otras instituciones con los que se confluye cuando se interviene en el lugar de los hechos.
- e. Es necesaria la formación continua de los profesionales que atienden este tipo de emergencias para mantener la motivación y la capacidad de respuesta ante las mismas. Esta formación debe contemplar, no solo el desarrollo de habilidades para la atención a terceros, también el aprendizaje del auto cuidado y el manejo de las emociones que estos hechos producen en el profesional.
- f. La necesidad de generar espacios o foros donde los profesionales y voluntarios que realizan tareas de atención en catástrofes y grandes emergencias puedan abordar las dificultades, retos y experiencias de buenas prácticas, favoreciendo el aprendizaje y enriquecimiento mutuos.

Por último, quiero agradecer a todos los profesionales y voluntarios de los distintos equipos de intervención en emergencias, el buen trabajo desempeñado durante este suceso, y por supuesto, toda su dedicación e interés en la formación y preparación para la intervención ante futuras emergencias.



*Mar Ureña Campaña*

# La intervención de los Trabajadores Sociales Voluntarios tras el accidente en el Aeropuerto Barajas 2008

Mar Ureña Campaña

DTS col nº 5.478

Gerente Colegio Oficial Trabajadores Sociales Madrid

## RESUMEN

*La comunicación hace un recorrido por la creación y desarrollo del Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios del Colegio de Madrid, así como la actuación del mismo en el accidente aéreo de Barajas de agosto del 2008. Presenta también una reflexión sobre diferentes aspectos de la atención en emergencias, del voluntariado, así como, los retos de futuro para el Cuerpo de Voluntarios/as del Colegio de Trabajadores Sociales del Madrid.*

## PALABRAS CLAVE

Trabajo Social. Voluntariado. Gran Emergencia. Colegio Oficial de Trabajadores Sociales.

## INTRODUCCIÓN

Esta comunicación presenta la actuación que llevamos a cabo el Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios del Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid tras el accidente aéreo de Barajas de agosto de 2008 y desde ahí realizaré algunas reflexiones, por un lado sobre el propio Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios y por otro sobre las tres grandes cuestiones que hoy nos ocupan: el Trabajo Social, el Voluntariado y las Grandes Emergencias.

No puedo iniciar mi intervención sin antes hacer presentes a las víctimas del accidente aéreo de Spanair y de trasladar una vez más nuestra solidaridad y apoyo a todos los afectados.

Permitidme encuadrar a nivel histórico y a nivel normativo la “doble” realidad de nuestro Cuerpo: trabajadores/as sociales y voluntarios/as.

En cuanto a la historia..., historia dolorosa y reciente.

Tras el *atentado del 11-M* el Colegio organizó los muchos ofrecimientos como voluntarios/as de trabajadores/as sociales colegiados/as y se puso a disposición de las tres administraciones. Requeridos desde el Sitade-Samur Social de entonces, esos voluntarios/as del Colegio realizaron labores de acompañamiento en los tanatorios.

Unos meses después, en octubre de 2004, en colaboración con la Dirección General de Inmigración, Cooperación al Desarrollo y Voluntariado de la Comunidad de Madrid, el Colegio organiza la Primera Jornada de “Trabajo Social y Voluntariado en Grandes Emergencias”.

Se trataba de crear, tras los atentados del 11-M, un espacio de reflexión, debate y formación sobre el papel de los/as trabajadores/as sociales en este ámbito, así como contribuir a generar un Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios que se pondría a disposición de la Administración Pública competente ante posibles situaciones de emergencia colectiva y catástrofes, actuando a demanda de ésta.

Cuando en 2005 se firma con la Dirección General de Inmigración, Cooperación al Desarrollo y Voluntariado de la Comunidad de Madrid un primer Convenio al objeto de formar el Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios, que se pondría a disposición de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales ante posibles situaciones de grandes emergencias y catástrofes, la respuesta de nuestro colectivo fue enorme.

El Dr. Luis Rojas Marcos, en nuestra primera Jornada lo explicaba señalando que *“hoy sabemos que los seres humanos tenemos una tendencia innata a perseguir el bienestar emocional a través de la solidaridad”*.

En estos años desde entonces, se ha constituido el Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios (formado por 90 profesionales), se ha trabajado con Comunidad de Madrid una propuesta de Procedimiento de Intervención en Gran Emer-

gencia y en junio de 2008, varios miembros del Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios participamos en el Simulacro de Emergencia Social organizado por la Dirección General de Voluntariado y Promoción Social de la Comunidad de Madrid en la Residencia de Mayores de Villaviciosa de Odón.

En agosto del 2008, el accidente de Spanair generó la primera demanda al Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios desde su creación.

### **Enfoque normativo**

Este aspecto como voluntarios/as, el Plan Voluntariado Comunidad de Madrid 2006-2010, en su *Área 7: Voluntariado y nuevos escenarios de intervención* enmarca el programa: Inserción del Voluntariado Plan de Protección Civil de Madrid (PROCIMA) a través de la Medida denominada: *Desarrollo de un Protocolo de Intervención del Voluntariado en Situaciones de Grandes Emergencias*.

Y como Cuerpo de Trabajadores Sociales del Colegio Oficial de Madrid, nuestra razón de ser está presente en nuestro Código Deontológico y en los Estatutos de nuestro Colegio cuando el artículo 8.d, señala que uno de nuestros fines es la *solidaridad profesional y el servicio de la profesión a la sociedad*.

## **LA ACTUACIÓN DEL CUERPO DE TRABAJADORES SOCIALES VOLUNTARIOS DEL COLEGIO EN EL ACCIDENTE AÉREO DE BARAJAS**

### **Fases**

Nuestra actuación, a efecto de un mejor análisis, la dividimos en tres momentos:

- *Fase previa*: que va desde la activación del Cuerpo, hasta su desplazamiento al IFEMA.
- *Fase de actuación*: que se corresponde con el ejercicio del Trabajo Social voluntario desarrollado en el IFEMA.
- *Fase posterior*: de evaluación del protocolo, de la actuación y del dispositivo.

### **Medios**

Los medios aportados por el COLEGIO OFICIAL DE TRABAJADORES SOCIALES DE MADRID fueron:

- Apoyo administrativo, incluyendo personal del Colegio.
- Coordinación con las administraciones competentes.
- Activación de los Trabajadores Sociales Voluntarios.
- Activados treinta y nueve trabajadores/as sociales Voluntarios identificados y formados en Grandes Emergencias: entre los desplazados al IFEMA y el apoyo en la sede del Colegio.

## FASE PREVIA: ALERTA Y ACTIVACIÓN

Desde el primer momento, tras el accidente, todos los servicios de emergencias incluidos el Samur Social del Ayuntamiento de Madrid y Servicio de Emergencia Social de Comunidad de Madrid actuaron según los protocolos establecidos.

En un segundo momento, y ante la realidad de Gran Emergencia, es cuando se activan los siguientes “escalones” de recursos.

El Colegio estuvo en fase de “alerta” desde el conocimiento del accidente, en comunicación continua con el servicio de Voluntariado de Comunidad de Madrid, y se activó y actuó cuando fue requerido para apoyar la intervención social en el IFEMA, donde se instaló el tanatorio provisional.

En este momento previo, el Colegio, además de su Cuerpo organizado, recibió muchos ofrecimientos de trabajadores/as sociales colegiados/as e incluso de otras provincias del Estado...

## FASE DE ACTUACIÓN

- Lugar de la actuación: IFEMA, en los pabellones 6 y 10.
- Petición realizada: Colaborar y reforzar el dispositivo de atención social .
- Temporización: Tres turnos de Trabajadores Sociales Voluntarios, dirigidos cada uno de ellos por un/a coordinador/a, de 1.a.m. del 21 de agosto a 22 h del mismo día.
- Motivo del cese de actuación: desactivación, coincidiendo con el cierre de IFEMA como tanatorio Provisional.

Es muy importante para el Colegio remarcar que:

- *Se activaron lo/as s trabajadores/as sociales requeridos: la disponibilidad de profesionales era mayor* (el Cuerpo tiene una capacidad de activación mayor) y además, como he comentado anteriormente, hubo muchos más ofrecimientos. La “fase previa” sirvió para dar información a todas las llamadas recibidas en el Colegio y para ajustar las expectativas generadas.

Desde aquí queremos dar las gracias nuevamente a todos y todas los que os ofrecisteis para apoyar con vuestra presencia y conocimientos si era necesario.

- La actuación de los/as Trabajadores/as Sociales Voluntarios/as del Colegio en el IFEMA, estuvo en todo momento sujeta a la cadena de coordinación existente, actuando según las indicaciones que se recibían desde el Mando Operativo del Dispositivo desplegado.

### **Reseña de actuaciones del Cuerpo**

Este es el “relato” recogido a nuestros/as trabajadores/as sociales voluntarios sobre las tareas en que colaboraron.

- Acogida a las familias y primera información.
- Presencia en puerta para información y orientación.
- Información y orientación a las familias.
- Contención y apoyo emocional.
- Realización de gestiones necesarias.
- Coordinación y colaboración con otros profesionales para la realización de gestiones, trámites o intervenciones requeridas.
- Acompañamiento social.
- Presencia/permanencia por si eran requeridos para alguna tarea.

### **FASE POSTERIOR: EVALUACIÓN**

El proceso de evaluación constó de varios momentos.

- Reunión de evaluación de la Comisión Rectora del Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios (formada por miembros de la Junta Directiva del Colegio).
- Se remitieron cuestionarios abiertos a los profesionales que participaron en el dispositivo.
- Reunión con los profesionales que participaron en el dispositivo.
- Aprobación del informe de actuación por parte de la Junta de Gobierno del Colegio y difusión. Y de ahí partir para reconducir los aspectos necesarios.

A continuación, expondré algunos aspectos a destacar tras la evaluación sobre la actuación del Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios y del dispositivo de gran emergencia tras accidente aéreo de Barajas.

## Sobre nuestra actuación como Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios del Colegio Oficial

- **Gran disponibilidad** de los/as profesionales del Cuerpo, así como de muchos otros trabajadores y trabajadoras sociales colegiados, lo que es un indicador que garantiza la razón de ser y la necesaria renovación que irá requiriendo el Cuerpo.
- **La activación interna se realizó adecuadamente**, aunque podemos mejorar los protocolos para facilitar el *feedback* y la comunicación continua con las personas de referencia del Cuerpo.
- Los trabajadores/trabajadoras sociales voluntarios/as del Colegio realizaron las actuaciones solicitadas: nuestro Voluntariado aporta cohesión, en el marco de una organización, somos un “Cuerpo”.
- Tras esta actuación y su evaluación somos conscientes de que hay aspectos operativos mejorables, como el protocolo de alerta y activación de profesionales, que aunque resultó eficaz, debe alcanzar más eficiencia..., y el protocolizar la valoración de la necesidad, y la realización en su caso, de actividades de cuidado de los intervinientes tras las actuaciones del Cuerpo. Así mismo, continuar trabajando con Emergencia Social de Comunidad de Madrid aspectos de activación y coordinación.

## Algunos apuntes desde nuestra doble perspectiva como profesionales del Trabajo Social, y como Voluntarios/as

### Sobre la Atención en Grandes Emergencias

- *La valoración es positiva: hay capacidad de respuesta ante una Gran Emergencia y una gran dotación de medios y recursos (humanos, técnicos, materiales...).*
- *Necesidad de evaluaciones globales y participadas: para que podamos tener todos los/as intervinientes una visión de conjunto y bien informada que no nos limite sólo a nuestra parcela.*

Se ha avanzado con respecto al referente anterior del 11-M, se ha avanzado en protocolos, en medios y recursos... y seguramente en sistemas de evaluación que permitan localizar las áreas de mejora y permita avanzar en la atención a las Grandes Emergencias.

## En cuanto al papel de los y las profesionales del Trabajo Social

Siendo muy consciente del trabajo en equipo y multiprofesional que supone una Gran Emergencia, como Colegio Profesional de Trabajo Social consideramos que hay que continuar trabajando para visibilizar en los dispositivos de respuesta a Grandes Emergencias el papel de los profesionales del Trabajo Social: tareas de acompañamiento, de contención y apoyo emocional, de información y orientación, de tramitación de recursos y organización de logística.

Como señalaba Manuel Gil, Decano de nuestro Colegio en septiembre del 2008, *“Esto nos lleva a señalar la necesidad de seguir mejorando y profundizando en el desarrollo de protocolos integrales de actuación en estas situaciones (...) especialmente en el trabajo de acompañamiento a las familias, labor básica y fundamental de los profesionales del Trabajo Social”* (Carta del Decano Manuel Gil a la colegiatura. Septiembre 2008).

## En cuanto a la organización de las actuaciones de Voluntariado

Nos ratificamos en que los profesionales voluntarios (y el voluntariado en general) deben proceder o tener como referente a una entidad, como garantía de información, formación y por tanto de actuación encuadrada en un protocolo, y por tanto, más eficaz y eficiente.

Otros aspectos también derivan del anterior, como la importancia del proceso de acceso e identificación del voluntariado profesional que colabore: identificación, control de altas y bajas y entidad de referencia.

También surgieron durante la evaluación con los compañeros y las compañeras otras cuestiones llamativas que pueden ayudarnos a pensar: por ejemplo, *hubo o se percibió exceso de voluntariado en algunos momentos*: Aquí nos tenemos que plantear que a veces es imprescindible sólo “estar/permanecer” por si es necesaria la actuación, y que esa presencia abundante, según nos informaron, también pudo deberse a la peculiaridad de ser un accidente aéreo y las diferentes entidades públicas y privadas implicadas y los recursos que movilizaron.

Otra cuestión fue *si en estas situaciones se genera cierta “competencia” entre diversos colectivos voluntarios: a esta hipótesis, quiero aportar aunque no sean estrictamente “traspasables” dos referencias*:

Dario Pérez Madera, responsable del Samur Social del Ayuntamiento de Madrid y del profesor de la Universidad Complutense, nos advertía en la primera Jornada que “realizaríamos un flaco favor a los afectados y sus familias si en los procesos de respuesta a las Grandes Emergencias los servicios intervinientes entráramos en procesos de competencia y lucha por espacios profesionales” (...) el 11 de Marzo ha servido, entre otras cosas, para generar un espíritu de colaboración entre servicios. Se ha superado el discurso de la competencia y se ha sustituido por la cultura de colaboración entre los equipos intervinientes...

Manuel Trujillo, en su libro: “Psicología para después de una crisis. Cómo superar el estrés en situaciones críticas”, relata que los estudiosos del colectivo de los especialistas de rescate, ofrecen un rasgo significativo: se da una gran confianza en la lealtad y competencia de los compañeros (“espíritu de cuerpo”) y una gran desconfianza respecto a la capacidad de grupos ajenos. Y también muestran gran autoconfianza a la vez que se muestran muy críticos con los propios fallos. Estas cuestiones nos pueden servir de pista a los cuerpos voluntarios.

### **A los Medios de Comunicación**

Les insistimos en la necesidad de más respeto a las familias y su intimidad, así como conocer y resaltar el trabajo coordinado y en equipo que se realiza en las Grandes Emergencias: la importancia de todos los colectivos profesionales, visibilizando como uno más al de los Trabajadores Sociales, así como destacando también la presencia del Voluntariado.

### **Con las familias**

Las familias se mostraban muy agradecidas con toda la atención recibida por todo el dispositivo de gran emergencia, aunque es de sobra conocido, nos hacemos eco de su demanda en esos difíciles momentos, de contar con espacios más íntimos y con más y mejor información:

## **A MODO DE CONCLUSIÓN**

Finalizando este relato sobre la actuación del Cuerpo tras el accidente de Barajas, consideramos que:

La actuación del Cuerpo respondió a una demanda concreta, garantizó la presencia de trabajadores/as sociales voluntarios/as en el marco de una organización y con formación, y colaboró en el objetivo mayor de dar atención adecuada y especializada a los familiares de las víctimas del accidente aéreo.

En el marco de esta Jornada del Colegio, permitidme que os traslademos una pequeña reflexión sobre los ***Retos (técnicos y éticos) de futuro para el Cuerpo de Voluntarios/as en Grandes Emergencias del Colegio de Trabajadores Sociales de Madrid.***

### **Análisis de la realidad social**

Además de nuestra disponibilidad para actuar, no podemos olvidar desde nuestra doble vertiente de trabajadores/as sociales y ciudadanos y ciudadanas con un compromiso cívico (el voluntariado), que debemos incidir en la necesidad de la prevención, en el análisis de las causas sociales, en los factores de vulnerabilidad que pueden generar las grandes emergencias.

### **Mantener y mejorar el funcionamiento del Cuerpo**

Seguir trabajando juntos/as en el día a día del Cuerpo: mantener la operatividad, realizar la convocatoria para la incorporación de nuevos trabajadores/as sociales, organizar la formación, trabajar con la Comunidad de Madrid en la mejora de procedimientos y protocolos de coordinación...

### **Reflexionar sobre la identidad de nuestro voluntariado profesional**

Continuar reflexionando y construyendo la identidad de nuestro voluntariado profesional: ya que es peculiar en su no periodicidad, en su ejercicio de carácter subsidiario de la administración pública, en su carácter puntual y en su intensidad.

Como veis nos queda mucho por hacer...

Gracias a mis compañeras y compañeros del Cuerpo y a todos y todas por la atención que me habéis prestado.

### **Bibliografía**

Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid y Consejería de Familia y Asuntos Sociales de Madrid: "Jornada Trabajo Social y Voluntariado en Grandes Emergencias. Ponencias y Comunicaciones". 4 octubre de 2004.

Memorias y documentos internos Colegio Oficial Trabajadores Sociales Madrid.

Trujillo, M.: Psicología para después de una crisis. Cómo superar el estrés en situaciones críticas. Ed. Aguilar 2002.

Protocolo de actuación del Cuerpo de Trabajadores Sociales Voluntarios en situaciones de Grandes Emergencias y/o Catástrofes.



*Yolanda Fierro Fidalgo*

# Intervención de los Trabajadores Sociales en la catástrofe del Carmel (Barcelona)

## UNA VISIÓN DE LA EMERGENCIA/POSTEMERGENCIA DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN DEL CARMEL

Yolanda Fierro Fidalgo

DTS

Directora del Centro de Servicios Sociales del Carmel (Barcelona)

### RESUMEN

*En este artículo se recoge la cronología de los hechos ocurridos a raíz del hundimiento provocado por las obras de construcción del metro, en el barrio del Carmel (Barcelona) en febrero de 2005, para poder entender la magnitud y las repercusiones que tuvieron tan malogrados acontecimientos sobre la dinámica social del barrio.*

*Igualmente se hace una exposición de la intervención realizada desde los Servicios Sociales del Carmel: conocer como afectó a la dinámica del centro y que mecanismos se activaron en la post-emergencia, para poder contribuir en la medida de lo posible, a la canalización de necesidades y respuestas sociales a través de los circuitos establecidos entre entidades, servicios y la propia comunidad.*

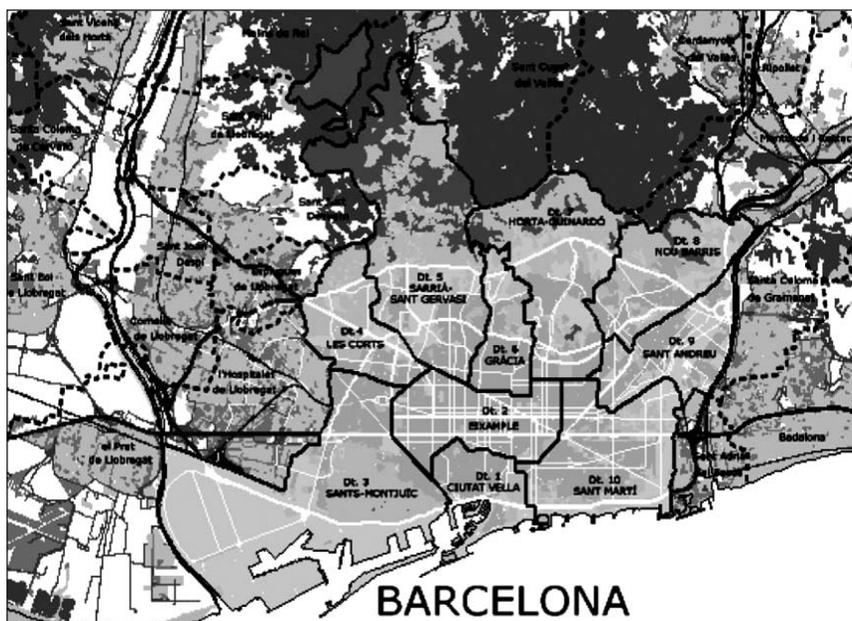
*Finalmente se aportan diferentes reflexiones, en la línea de complementación de las intervenciones entre un Servicio Especializado y los Servicios Sociales Básicos, en situaciones de emergencias sociales que puedan afectar a un territorio determinado.*

### PALABRAS CLAVE

Sobredimensión. Impacto mediático y político. Servicios Sociales como canalizadores y el barrio como recurso.

## CONTEXTUALIZACIÓN DEL TERRITORIO

### Origen e historia



El barrio del Carmel está situado en el distrito de Horta-Guinardó, al noreste de la ciudad de Barcelona, es un barrio anclado entre montañas, aposentado sobre una colina de 266 m. de altura. Orográficamente presenta importantes dificultades, con desniveles en sus calles de hasta un 22%. El terreno se formó en la época del Paleozoico, sus sedimentos son de pizarra y arcilla.

Sus orígenes se remontan al año 1875 con la construcción de las primeras edificaciones, pequeñas torres con huertos, era el barrio del Carmelo una zona de recreo y de paseo dominical para los vecinos del barrio fronterizo del Coll.

Con los primeros procesos migratorios, procedentes de Andalucía, a finales de los años veinte, el Carmel se fue poblando con las personas que llegaban a la ciudad para trabajar. El barraquismo de los años cuarenta y la autoconstrucción de los cincuenta, fue determinando un barrio con un crecimiento espectacular y caótico, sin previsión urbanística alguna, lo cual ha conllevado a importantísimos problemas de infraestructura, tanto para el barrio como en las propias viviendas.



## Visión social

En la actualidad hay censados unos 40.000 habitantes, el índice de densidad es muy elevado.

Mayoritariamente la población del Carmel, tiene un gran sentimiento de pertenencia al barrio, hay entidades sociales arraigadas de hace años, y a nivel institucional, y desde hace tiempo, se ha fomentado mucho el trabajo en red, de tal manera que es fácil el contacto y la cooperación entre instituciones, servicios y entidades

## DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS Y ACTUACIONES

Debido a los problemas de comunicación del barrio, desde hace años se proyectó la ampliación de la línea 5 del metro, con tres paradas nuevas: Carmel, Coll, y Taxonera. Inicialmente según los primeros planos, no estaba previsto ampliar las obras, pero en el transcurso de las mismas, se incorpora la construcción de un túnel de maniobras del metro en la parada del Carmel.

El desarrollo del proyecto va transcurriendo según lo previsto, hasta que se produce el primer incidente grave que, debido al volumen y a la magnitud de la incidencia, va a desencadenar en una situación de un fuerte impacto mediático con una gran repercusión a todos los niveles (político, económico, social, etc.).

A partir de aquí y mientras dura este proceso, se pueden señalar diferentes momentos significativos, que determinaran estrategias o posicionamientos diferentes.

### Primer momento

El 25 de enero de 2005 se produce un derrumbamiento de tierras del túnel de maniobras del metro en construcción, que precipita el desalojo preventivo de un local (Pasaje Calafell, 12) y del edificio colindante con un total de doce vecinos que son alojados, a través del Servicio de Emergencias Sociales del Ayuntamiento, en un hotel del distrito. De este incidente apenas hay trascendencia mediática.

Al día siguiente operarios de las obras, intentan inyectar hormigón en el hundimiento para poder estabilizarlo.

## Segundo momento

El día 27 de enero. Día del desalojo masivo.

- a. **Momento del impacto:** *Con la presencia de diversas dotaciones de la Guardia Urbana, diversas unidades de bomberos, políticos, responsables técnicos del Distrito: referente de los Servicios Sociales, responsable de los Servicios Personales entre otros, así como el referente de la Zona del Carmel y profesionales del Centro de Servicios Sociales del Carmelo.*

A las 9 de la mañana se comunica a los Servicios Sociales del barrio, que nos personemos en el lugar de los hechos, ya que debido a la construcción de la línea del metro, se ha producido una alarma de emergencia social, por el peligro inminente de derrumbe del edificio habitado y colindante a las obras (Pasaje Calafell, 10); el desplazamiento de la directora del centro y de una trabajadora social (únicos profesionales presentes en la hora señalada) al lugar de los hechos, fue inmediato.

El olor tan fuerte a gas, hacía presagiar que algo muy grave estaba ocurriendo; la orden de desalojo dada por la Guardia Urbana a los vecinos de los edificios de alrededor, el pánico de la gente, la angustia de las madres en una hora punta de entrada a la escuela, la desorientación, los temores... Se había activado la presencia del Servicio de Emergencias Sociales de la ciudad, pero mientras llegaban, era imprescindible dar pautas y directrices para proceder al desalojo urgente. La magnitud del desastre era tan grande que la improvisación inicial va a ser la característica definitoria; era prioritario buscar un local municipal amplio en el propio barrio y fuera de la zona afectada, se determina el Espacio de Jóvenes Boca Nord, para acoger a los desalojados, y también se había de ubicar a los niños de las dos escuelas afectadas, en un lugar apropiado, que será el Polideportivo municipal Carmel y la Biblioteca Joan Marsé.

En el espacio referido, se habilita un **dispositivo especial** (a todos los niveles) **tanto político como técnico, que coordinará toda la contingencia.**

En cuanto al **apartado técnico-social**, en esos incipientes momentos se empieza a concentrar un número de **profesionales de los servicios personales de todo el distrito**, unos quince aproximadamente, entre trabajadores sociales, psicólogos, educadores sociales, entre otros y empezamos a orga-

nizarnos siguiendo las directrices de la responsable de los Servicios Sociales del Distrito; nos distribuimos con el objetivo básico de dar contención a los afectados ante la situación de pánico y desespero que estaban viviendo.

En espera de una lista de afectados, se va confeccionando un primer registro donde se recogen datos sobre la unidad de convivencia, la situación de salud, si precisa medicación, si hay animales de compañía en el domicilio, si había temas de interés personal o particular que preocuparan a los afectados, así como la necesidad de contactar telefónicamente con la familia extensa.

Inmediatamente se despliega la **presencia del 061, Urgencias Médicas**, así como la presencia de profesionales del Centro de Atención Primaria de Salud Horta (CAP), referente de la población afectada, que en todo momento facilitan, tramitan y gestionan temas relacionados con el control de la salud: historia médica (en casos necesarios), medicamentos o recursos socio-sanitarios. En este ambiente, se da una estrecha colaboración entre el ámbito sanitario y social.

Igualmente, se da un ofrecimiento de colaboración espontáneo, entre el resto de profesionales de ámbito social del territorio: el otro Centro de Atención Primaria de Salud del Carmel, próximo pero que no es el referente de la población afectada, Caritas, los Casales de personas mayores del barrio: Casal de Horta y Casal Josep Sant Genís, la Oficina de Bienestar Social de la Pl. Pastrana, etc. Se crea un gran clima de solidaridad y cooperación.

Se atienden igualmente a entidades, como la Asociación de Padres y Madres de la escuela pública afectada. Hay mucha angustia por la falta de información.

Respecto a los particulares, poco a poco se va ordenando por parte de Emergencias Sociales un sistema de atención centrada en facilitar medicamentos, alimentación, compra de enseres básicos, especialmente para aquellas personas que debido al abandono precipitado de sus domicilios salieron con lo puesto, al igual que atención psicológica para aquellos que la precisaban.

**b. Mayor dotación del Servicio de Emergencias Sociales (esta fase va a durar todo el fin de semana y algunos días más)**

Progresivamente el Equipo de Emergencias va tomando más presencia, con una mayor dotación de profesionales y, coincidiendo con el medio día, la consigna es que todo el despliegue de profesionales del distrito dejará de prestar soporte y solamente puede estar presente un reten durante el Jueves por la tarde, el Viernes durante todo el día y el fin de semana, siempre a disposición de las directrices del Servicio de Emergencias.

De cara a los afectados, empieza su alojamiento: unos deciden libremente irse a casa de familiares y otros serán alojados en diferentes hoteles de la ciudad (hasta un total de nueve hoteles); se trata de ubicarlos por hoteles, según el bloque de la vivienda, procurando que los vecinos de un mismo inmueble compartan el mismo hotel; **se asignan dos profesionales referentes**, inicialmente de los servicios personales del Distrito (posteriormente del resto del Ayuntamiento), que estarán en el hotel y que canalizarán las dudas, los problemas, las preocupaciones, así como comunicarán toda la información que vaya surgiendo.

En cuanto a los alojados con familiares, la atención hacia ellos, se centrará en el propio Boca Nord, con personal como trabajadores sociales, y educadores sociales, del Servicio de Emergencias.

Paralelamente se organiza un **dispositivo de atención psicológica** que se concreta en tres puntos de atención:

- A través del *CAP Horta* y solamente para los casos más graves, quienes derivarán a los Centros de Salud Mental correspondientes.
- En el *Centro de Servicios Sociales* para las personas afectadas por el socavón y que estén en intervención desde el propio centro.
- Y a través del *Equipo Psicopedagógico del Distrito* para los niños escolarizados que requieran atención.

Igualmente se crea un **servicio de atención telefónica permanente y asambleas informativas** con la presencia de técnicos y políticos.

Por lo que hace a la **escolarización de los menores**, se suspenden las clases del Viernes y se mantiene un servicio abierto para las familias que lo necesiten en la biblioteca y en un polideportivo habilitado del propio barrio.

Igualmente se determina que a partir del día 31 de enero: los escolares de la CEIP Carmel, los niños del parvulario y el equipo docente correspondiente, se ubicará en el Centro Cívico del Carmel; en cuanto a los niños de primaria (de 6 a 12 años) y el equipo docente correspondiente, se ubicaran en otra escuela diferente, situada en el vecino distrito de Nou Barris, el traslado de los menores será en autocar y se contará con servicio de comedor.

Por lo que se refiere al Colegio Santa Teresa, los niños se distribuirán entre un local de su propiedad muy cercano y la escuela concertada Piaget, del propio barrio muy próxima.

### Tercer momento

- a. **Fase de consolidación del dispositivo y de incertidumbre técnica** (durará prácticamente una semana).

Por parte de los técnicos responsables de las obras del metro, se da la consigna del inminente retorno, a partir del día 2 de febrero, del 30% de los afectados, previamente se les facilitará un certificado de garantía, que acredite las condiciones del inmueble. Desafortunadamente, pese a que algunos vecinos volvieron a sus casas, la situación de peligro de corrimiento de tierras volvió a aparecer, cuando un nuevo socavón contiguo al primero, alertó de nuevo las alarmas. Esto creó una gran desconfianza por parte de los vecinos, que empiezan a negarse al retorno y desconfiar de la Administración, iniciándose así un largo periodo de negociaciones que va a durar muchos meses.

Mientras tanto se mantiene todo el dispositivo inicial de información y atención social; y para facilitar la atención médica de los afectados, en el CAP de salud, se habilita un despacho de atención exclusiva.

- b. **Decreto de Alcaldía del día 7 de febrero.**

Por parte del Consistorio Municipal, se constituye una unidad ejecutiva especial de dedicación permanente, para coordinar los servicios que tienen como finalidad la atención social a las personas, el soporte logístico, la seguridad y la comunicación con los vecinos.

A tal efecto se crea un dispositivo social especial para los afectados que se concreta en:

- Atención personal en Boca Nord a través de profesionales contratados por una empresa externa.
- Atención personal en cada hotel con la presencia de voluntarios y profesionales contratados a través de la Cruz Roja.
- **Dispositivo especial en el Centro de Servicios Sociales del Carmelo, con la contratación de una trabajadora social de dedicación exclusiva a los afectados, que atenderá a aquellas personas que precisen una intervención social que se prevea compleja o de larga duración y, que podrán ser derivados tanto por los profesionales que atienden en Boca Nord, como en los hoteles.**

Igualmente desde los Servicios Personales del Distrito y desde el Centro de Servicios Sociales del Carmelo, se hace el contacto con los servicios y equipamientos afectados, facilitando y canalizando necesidades, así como el seguimiento de toda la situación que se va dando.

A partir de aquí y progresivamente el servicio de Emergencias Sociales va delegando su intervención en el dispositivo social creado, pero participan activamente en una comisión de seguimiento creada para coordinar toda la contingencia.

## **SITUACIÓN POSTEMERGENCIA. ACTUACIONES DESDE SERVICIOS SOCIALES**

La dinámica del barrio, así como la de las diferentes instituciones y entidades, durante muchos meses, se va a ver muy alterada. Pese a todo ello se sigue prestando la atención al resto de la población.

### **Actuaciones desde el Centro de Servicios Sociales**

Por lo que hace a las posibles familias en intervención desde los servicios sociales, anteriormente al incidente, era una zona de muy poca relevancia y a la vez no muy significativa.

Desde el momento de los hechos, la mayor parte del equipo se pone a disposición de la contingencia, incluido el primer fin de semana.

Simultáneamente y desde los hoteles se empiezan a detectar personas con situaciones sociales más complejas, que requieren una atención más global y continua y, es por lo que empiezan a derivar casos directamente al Centro de Servicios Sociales.

Pese al Decreto de Alcaldía del día 7 de febrero, donde se establecía el dispositivo especial al centro, la realidad es que no será efectivo hasta una semana después.

El equipo de profesionales de la atención primaria, que casualmente coincide con un momento de inestabilidad de la plantilla, se ve muy presionado, teniendo que afrontar además de la tarea cotidiana, una casuística nueva. Son situaciones muy contaminadas por el impacto mediático/político, a veces con directrices muy claras de compro-

misos políticos, que a los trabajadores sociales del territorio les resulta difícil encajar, y es por lo que se considera imprescindible, que se dote al servicio con la contratación de un trabajador social externo, muy vinculado al centro, con presencia permanente y fija, mientras dure esta situación y que, pudiendo acceder a los recursos normalizados (soporte de Trabajadoras Familiares, tramitación de residencias públicas, ayudas económicas puntuales, mediaciones hospitalarias, intervenciones de educadores, intervención psicológica, etc.), sean estos, canalizados por el propio centro, lo cual puede ayudar a normalizar la situación, evitando gestiones paralelas.

Desde la dirección del Centro de Servicios Sociales se hace un trabajo de coordinación, incorporando en el servicio, al nuevo profesional que tendrá acceso a todos los recursos necesarios tanto propios, como los del propio territorio.

#### Datos sobre las personas atendidas:

Personas desplazadas de sus domicilios	1.276
Personas con intervención de la Trabajadora Social (representa el 9% del total de los desplazados)	115
Personas que reciben atención psicológica	27
Personas mayores derivadas a residencias públicas (son personas con ciertas dependencias cuyos familiares, en caso de contar con ellos, no pueden hacerse cargo de sus cuidados y al mismo tiempo alojarse en un hotel no era el lugar más adecuado).	14
Personas que reciben ayudas económicas puntuales (independientemente de las indemnizaciones de las que fueron objeto).	8
Personas con soporte de una Trabajadora Social	6
Personas con intervención del Educador Social (Eran adolescentes que presentaban dificultades personales y escolares agravadas por esta situación).	4

### Intervención sobre colectivos vulnerables

- **Ancianos:** Según los datos disponibles, de toda la población afectada, que se alojaron en hoteles **87 personas eran mayores de 65 años**, lo cual representa un **8% del total**.

Aparece el tema de la **soledad en los hoteles**; a las personas mayores **les cuesta volver al barrio**, están desorientadas y aturridas. En el caso de que tengan hijos, les delegan totalmente el tema de gestiones derivadas del incidente; los hijos toman un papel muy activo.

Después de varios meses fuera de su entorno y desde uno de los hoteles donde hay mayor concentración de personas mayores se detectan ciertos problemas de aburrimiento, apatía, desmotivación, tristeza, en general un ambiente deprimente.

**A través del Proyecto Interinstitucional de Atención a la Vejez del Carmelo**, que se está desarrollando desde hace años entre Servicios Sociales y diversas instituciones y entidades, y en muy estrecha coordinación con el Casal de Personas Mayores, se buscan soluciones a partir de actividades concretas, que ayuden a normalizar la estancia en el hotel. Se propone se cree un **grupo de soporte psicológico en el propio casal**, al que una vez creado, acuden regularmente trece personas.

Al mismo tiempo se les pide, colaboración y **participación voluntaria en un proyecto intergeneracional de rehabilitación de una escuela**, en el mismo colaboraran tres personas. Esta participación altruista estuvo valorada muy satisfactoriamente por parte de todos.

- **Niños:** De los datos disponibles, sobre las personas alojadas en hoteles, **87 eran menores de 18 años**, lo cual equivale -al igual que el grupo anterior- a un **8%**. A través del contacto permanente con las escuelas afectadas y con el Equipo Psicopedagógico referente de las escuelas donde hay más niños, se nos hace llegar la **dificultad** que presentan los niños alojados en los hoteles, para la **realización de los deberes debido a la falta de espacios adecuados y de ordenadores**. Esta problemática y necesidad se canaliza a través de la Cruz Roja, quienes facilitaran ordenadores; paralelamente y en coordinación con un equipamiento del territorio, se habilita un espacio donde los escolares puedan realizar sus trabajos.

Nuestro sistema de trabajo en red y en estrecha coordinación con las escuelas, y con el equipo psicopedagógico, va a permitir buscar soluciones dentro de la propia comunidad.

## CONCLUSIONES

Las características que definen este acontecimiento son: **la magnitud, la presión política y mediática y las repercusiones a todos los niveles.**

Dadas estas circunstancias, y en el apartado social, eran muy previsibles **ciertas dificultades en la comunicación y en la coordinación.**

La preocupación de los responsables, a la vez que el desconocimiento de las posibles consecuencias, hizo que hubiera una dotación máxima de profesionales dando cobertura, lo cual para los afectados en situaciones muy concretas, pudo representar un cierto agobio, debido a la diversidad de **interlocutores.**

Es imprescindible, que en situaciones de estas dimensiones, tanto en el momento del impacto como en los días posteriores, hasta ordenar una respuesta social, **ha de ser el Servicio de las Emergencias Sociales quien marque directrices, y la Atención Primaria ha de jugar un papel de colaboración y puente entre las instituciones y entidades del territorio.**

Ya en un segundo momento, una vez desaparecida la intervención de Emergencias, resulta muy difícil que un profesional de la Atención Primaria normalizada, pueda atender a personas afectadas por una contingencia de estas características. Por ello se valoró muy positivamente el dispositivo de atención social creado, con la **contratación de una trabajadora social de dedicación exclusiva, y además vinculada al propio servicio, lo cual permitió normalizar el uso de los recursos necesarios.** Lógicamente, la supervisión y el seguimiento de todo este dispositivo, va a requerir una mayor dedicación de tiempo por parte de la dirección del centro.

Es importante manifestar, que debido a la presencia de tantos profesionales, las personas llegan a estar aturcidas, sin embargo, cuando son atendidos desde el propio centro y siempre por el mismo referente, y se les orienta con los recursos del propio territorio, la ayuda resulta más eficaz, a la vez que resulta más fácil normalizar la situación y desdramatizarla.

En el caso de la atención psicológica facilitada a las personas afectadas, se pudo comprobar, que en más de una situación, ya eran personas que tenían esta dificultad, pero que pudiendo estar controlada, debido a esta situación de estrés motivada por el socavón, se acentuó, incluso en algunos casos, se agravó consi-

derablemente. Por otro lado el hecho de facilitar atención psicológica desde la atención primaria, sin ser especializada, ayudó en muchos casos a desdramatizar la situación.

Se puede afirmar, que una catástrofe como la ocurrida, siendo la mayor en magnitud que ha pasado en Barcelona, los Servicios Sociales del barrio, así como los servicios personales del Distrito tienen mucho que opinar y han de jugar un papel muy importante y muy coordinado con el Equipo de Emergencias, así como con todo el dispositivo creado.

Este hecho ocurrido, forma parte de la historia del barrio del Carmel, y aquellos a quienes nos ha tocado vivirlo, no pudimos permanecer al margen, sino aportando aquello que es tan propio del Trabajo Social, la colaboración, señalando aspectos que preocupaban, siempre en sintonía, con las instituciones afectadas y canalizarlos para buscar soluciones.



*Adoración Moreno Sánchez*

# El cuidado de los profesionales ante situaciones de emergencia

**Adoración Moreno Sánchez**

Responsable de los Equipos de Respuesta Inmediata en Emergencias de Cruz Roja Española

## RESUMEN

*Plantearse el cuidado de los profesionales que intervienen en contextos de emergencia debe ser una prioridad en la planificación y definición de protocolos de actuación en desastres. Es necesario definir un modelo de trabajo que aborde la prevención y manejo de estrés de los trabajadores en situaciones críticas adoptando medidas en las diferentes fases de la emergencia, y todo ello encaminado a garantizar el bienestar de los intervinientes y evitar los efectos más negativos como personas afectadas indirectamente por el sufrimiento de los demás.*

## PALABRAS CLAVE

Intervinientes. Debriefing. Intervención psicosocial. Ayuda al cuidador.

## INTRODUCCIÓN

La mayor parte de los proyectos que Cruz Roja Española desarrolla parten de la inquietud por cubrir una necesidad real en los colectivos más vulnerables, entre ellos, aquellas personas que se ven sorprendidas y afectadas por una situación de emergencia.

Nuestra larga y demostrada experiencia de intervención en contextos de emergencias y desastres, tanto en el ámbito nacional como internacional, nos permite ser testigos directos de nuevas necesidades que van apareciendo y establecer las respuestas más adecuadas. Constantemente estamos en evolución, adaptándonos a los nuevos tiempos y, sin duda, el desarrollo acelerado de nuestro país en los últimos años exige responder a las demandas sociales.

La Intervención Psicosocial en Emergencias es un campo de trabajo relativamente reciente pero, pocos años han sido necesarios para demostrar que el desarrollo de esta actividad, sin duda, es una mejora en la atención humanitaria y desde Cruz Roja un compromiso con todos aquellos que directa o indirectamente se ven afectados por un desastre.

Para Cruz Roja Española el punto de inflexión en el planteamiento de las actividades que se venían desarrollando en emergencias fue el trágico suceso acontecido a principios de Agosto en el Camping Virgen de las Nieves en Biescas en 1996 en el que perdieron la vida 96 personas y más de 600 se vieron afectadas. En base a la planificación vigente, se puso en marcha un dispositivo de emergencia, pero resultó que la situación requería algo más que no estaba previsto. Fue necesario improvisar para cubrir la principal necesidad que era paliar el sufrimiento y aliviar el dolor de las numerosas familias que se vieron trágicamente sorprendidas por la pérdida de seres queridos.

## LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN CONTEXTOS DE EMERGENCIAS

Ante cualquier situación de emergencia y/o catástrofe, independientemente del origen de esta, debe existir una prioridad para todos los equipos de intervención: las víctimas del suceso, los familiares y allegados que resulten afectados.

Son numerosas las actuaciones que se ponen en marcha de forma coordinada, entre todas las administraciones, organismos, instituciones y empresas competentes en materia de emergencias y catástrofes, para dar respuesta a las necesidades que surgen en el incidente, priorizando que se produzca el menor número de pérdidas humanas y la mejora en la atención a las víctimas.

En los últimos años, son muchas las investigaciones que han demostrado la importancia de cubrir las necesidades de índole biopsicosocial de las víctimas que resulten ilesas, de los familiares y allegados de las víctimas implicadas en el incidente. Todas estas personas se verán afectadas por una serie de reacciones que son totalmente normales ante unos acontecimientos anormales, pero que deben ser atendidas para procurar un paulatino restablecimiento a la vida normal, previniendo la aparición de trastornos psicopatológicos posteriores.

Cruz Roja Española al igual que otras Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja desea estar en condiciones para prestar el apoyo psicosocial a las víctimas y familiares afectados por una situación de emergencia, como una de sus acciones humanitarias, y por ello desde hace siete años viene trabajando en el proyecto Equipos de Respuesta Inmediata en Emergencias (ERIE) especializados en Intervención Psicosocial.

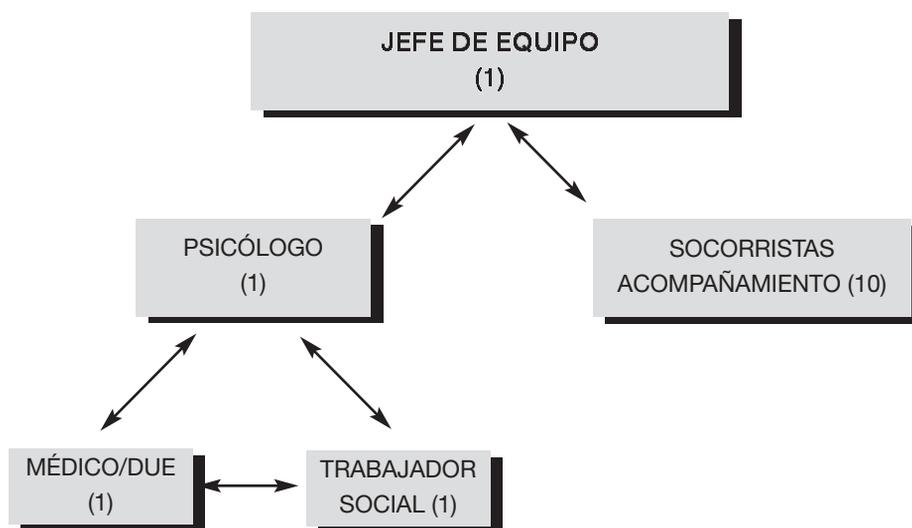
**Los ERIE de Intervención Psicosocial** tratan de proporcionar una adecuada atención integradora a las víctimas, familiares y allegados que se vean afectados por una situación de emergencia con la finalidad de satisfacer las necesidades psicológicas, sociales y sanitarias que puedan presentarse en los primeros momentos de la crisis.

Los objetivos de trabajo planteados para las actuaciones de estos equipos se centrarían en:

- Valorar necesidades psicosociales de los afectados, garantizando respuestas especializadas con la finalidad de aliviar el sufrimiento.
- Normalizar las reacciones de los afectados, previniendo la aparición de trastornos psicopatológicos.

- Asesorar a los gestores de la emergencia sobre el manejo de las diferentes variables psicosociales que inciden negativamente en los afectados.
- Orientar a los afectados de los diferentes recursos de ayuda para la vuelta a la normalidad lo antes posible.
- Fortalecer la capacidad de afrontamiento de los intervinientes para el adecuado manejo de las situaciones críticas en las que trabajan.
- Detección temprana de aquellos casos que sea necesario aliviar a la red de salud mental y/o servicios sociales, facilitando la derivación.

La composición de estos equipos tiene un carácter multidisciplinar siendo el perfil de los integrantes el de jefe de equipo, psicólogo, trabajador social, médico, enfermero y socorristas de acompañamiento.



Organización básica de los Equipos de Intervención Psicosocial

La configuración de estos equipos supone la garantía de establecer las mejores condiciones para satisfacer las necesidades psicosociales a las víctimas y familiares afectadas por una situación de emergencia y/o catástrofe.

Para cada puesto de actividad se asignan tareas diferentes que marcan el perfil de la gente que compone el equipo. Todas estas personas son profesionales en los diferentes campos con una adscripción voluntaria a Cruz Roja, asumiendo principalmente un compromiso de disponibilidad necesario para el desarrollo de este proyecto. Los diferentes profesionales que trabajan en este ámbito reciben una formación para desarrollar las tareas que asignamos en el contexto de emergencia, además de recibir un entrenamiento continuo (simulaciones, rol-playing menores, espacios de buenas prácticas,...). Este campo de trabajo exige una especialización.

## **AYUDAR A QUIENES PRESTAN AYUDA**

Desde que Cruz Roja comenzó a trabajar en materia de intervención psicosocial en situaciones de emergencias y/o crisis, tomó conciencia de que los programas de apoyo no deben caer en el error de ocuparse solamente de las personas afectadas. El personal que trabaja en contextos de emergencia se ve expuesto a un elevado estrés emocional pudiendo originar situaciones difíciles de manejar.

El papel tradicionalmente heroico de quienes prestan ayuda incluye la expectativa de que éstos sean abnegados, incansables y en cierta medida sobrehumanos. Sin embargo, también ellos se ven afectados, sintiendo que no han hecho lo suficiente. En ocasiones las necesidades son tan abrumadoras que exceden, en mucho, a sus capacidades.

El estrés es inherente a muchas de las actividades que realiza Cruz Roja. Aparte del estrés habitual del trabajo, las siguientes situaciones constituyen un desafío:

- La exposición repetida a experiencias terribles como el transporte de cadáveres y la atención a numerosas víctimas de desastres y a las emociones y experiencias angustiosas de las personas afectadas.
- Trabajar en contextos que exigen tareas físicamente difíciles, agotadoras o peligrosas.
- Enfrentar dilemas morales y éticos.
- Estar expuesto a la ira y aparecerte falta de gratitud de algunas personas afectadas.

- Frustración por las políticas y decisiones de los superiores.
- Tener la sensación de no hacer nunca lo suficiente e impotencia por no poder resolver todos los problemas.
- Formar o ser parte de la crisis colectiva.

Ante todas estas situaciones se producen incidentes que están fuera de las experiencias habituales, y nuestro personal tiene la responsabilidad en el manejo de estas situaciones, colocándose frecuentemente, en una posición de riesgo psicológico, físico y/o social para ellos u otros.

En su deseo de ayudar a atender las necesidades de los supervivientes, los intervinientes están expuestos a demandas personales excepcionales. Es necesario abordar los diversos sentimientos asociados con la asistencia sanitaria, así como el hecho de encontrarse en el centro de un evento devastador, y lo que es más importante, de tratar con personas que sufren emocional y físicamente. La situación y los problemas de los intervinientes suelen quedar relegados a un segundo plano, pero después de sus actuaciones deben recurrir al apoyo de otras personas.

El trabajo en situaciones de emergencia y catástrofes exige altos niveles de adaptabilidad en contextos donde se trabaja al límite de las capacidades durante un periodo de tiempo determinado, llegando a ocasionar con mucha frecuencia un estrés acumulativo. Por parte de los responsables este riesgo no se debe subestimar. Si bien es en gran medida inherente al trabajo humanitario y de intervención en emergencias, se debe velar porque se mantenga dentro de los límites razonables, tomando en cuenta las circunstancias del momento.

El estrés acumulativo afecta tanto a nivel individual como a nivel organizacional. Si los factores de estrés no se toman en cuenta, es probable que afecten al bienestar y la calidad del trabajo. Por lo tanto, el cuidado de sí mismo es un requisito esencial para poder ayudar eficazmente a otros y un medio de mantenerse en condiciones de continuar con el trabajo.

## VARIABLES RELACIONADAS CON EL ESTRÉS DE LOS INTERVINIENTES

Hay una serie de factores que van a incidir en la mayor o menor afectación de los intervinientes. Sobre algunos de estos factores no podremos actuar, pero sí sobre la mayoría de ellos, pudiendo poner en marcha determinadas estrategias con carácter preventivo que se detallarán más adelante.

Estos factores los podemos clasificar en, personales que pueden predisponer a sufrir un mayor impacto ante una situación de emergencia y factores relacionados con la situación de emergencia y el contexto de intervención.

### FACTORES INDIVIDUALES

#### PERSONALIDAD

- Inclínación al perfeccionismo.
- Historial previo de antecedentes psicopatológicos.
- Idealización de la ayuda para la persona necesitada.
- Percepción de incompetencia.
- Incapacidad para decir "no".
- Excesiva responsabilidad.

#### EXPERIENCIAS PERSONALES

- Altas expectativas.
- Situaciones de pérdidas personales no elaboradas.
- Dífícil momento personal.
- Experiencia de fracaso en actuaciones parecidas anteriores.
- Falta de apoyo social y familiar.

### FACTORES DE LA INTERVENCIÓN EN EMERGENCIAS

#### SITUACIÓN DE LA EMERGENCIA

- Tipo de emergencia: naturales, tecnológicas o antrópicas.
- Condiciones atmosféricas.
- Consecuencias provocadas por la emergencia.
- Entorno socio-cultural: idiomas, costumbres, normas...
- Otros factores de riesgo asociados.

#### CONTEXTO DE TRABAJO

- Apoyo y cohesión intergrupala.
- Cubiertas las necesidades básicas.
- Conocer las funciones, tareas...
- Organización del trabajo.
- Escasez/excesivos recursos materiales y humanos.
- Puesto de actividad: proximidad a situaciones emocionales intensas.

## REACCIONES NORMALES ANTE EL ESTRÉS VIVIDO EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

Durante y después de una situación de emergencia es normal que los intervinientes presenten una serie de reacciones, en los diferentes sistemas de respuesta humana, y que se pueden interpretar como las diversas formas de manifestarse el estrés vivido ante una situación crítica.

### FISIOLÓGICO

Fatiga, tensión, opresión del pecho, dolor de cabeza, mareos, escalofríos, temblor, respiración entrecortada.

### COGNITIVO

Confusión, desconcierto, hipervigilancia, dificultad para tomar decisiones y/o resolver problemas, falta de concentración, pensamientos intrusivos o recurrentes.

### MOTOR

Retraimiento, incapacidad de descansar, movimientos deambulantes, habla acelerada, apetito alterado, consumo de alcohol-drogas, comportamiento antisocial.

### AFECTIVO

Tristeza, culpabilidad, miedo, ansiedad, irritabilidad, cólera, shock, indefensión, sentimiento de heroísmo e invulnerabilidad.

Todas estas reacciones irán desapareciendo pasadas unas semanas después de la intervención. Dejarán de ser tan intensas y severas. Es importante que se sientan comprendidos y escuchados por parte de su organización, cuenten con el apoyo de su grupo de trabajo y responsables y que no se sientan diferentes por lo que les está ocurriendo.

No obstante, a veces, y probablemente de forma excepcional, será necesario que los intervinientes recurran a un profesional para superar el impacto que le puede haber ocasionado su actuación en la emergencia. Debemos preocuparnos ante alguno de los siguientes criterios y tener capacidad para dar respuesta a las posibles secuelas psicopatológicas:

- La intensidad de los síntomas no disminuye pasadas cuatro-seis semanas.
- Los síntomas tienen tendencia a aumentar y/o intensificarse.
- Se detectan cambios radicales de personalidad.
- Surgen grandes problemas en el ámbito laboral, familiar y social.

## CÓMO CUIDAMOS A LOS INTERVENIENTES

Una vez reconocido el impacto psicológico que las situaciones de emergencia tienen en los intervinientes, así como las posibles consecuencias negativas que podrían repercutir en su bienestar personal, en su actividad profesional, y en el plano social y familiar, se plantean una serie de medidas que pueden ser de ayuda para prevenir los efectos negativos para el interviniente.

Todas las medidas planteadas tienen un carácter preventivo en sus diferentes tipos:

**PREVENCIÓN PRIMARIA:** se incluyen acciones a desarrollar vinculadas a la incorporación y formación, así como las posibles estrategias de autoayuda que el personal que actúa en emergencias puede desarrollar con el fin de maximizar el buen estado de salud mental, **antes de que la emergencia se produzca.**

**PREVENCIÓN SECUNDARIA:** son todas las medidas a adoptar una vez que ha ocurrido la emergencia, tanto **durante el desarrollo de las actuaciones de emergencia** como en las primeras horas tras finalizar la intervención. Irían encaminadas a minimizar los efectos del estrés en los intervinientes.

**PREVENCIÓN TERCIARIA:** son las medidas que habría que poner en marcha si se detectasen en los intervinientes síntomas que repercutieran significativamente en los diferentes ámbitos de su vida: personal, laboral, social y familiar, **tras el impacto psicológico producido por su actuación en una situación de emergencia.**

## ¿QUÉ SE PUEDE HACER ANTES DE LA EMERGENCIA?

Uno de los aspectos más importantes será la **Formación**. Además de los contenidos que les va a capacitar para el desempeño de las tareas encomendadas durante la emergencia, deben tener herramientas para manejar situaciones críticas, así como mecanismos de afrontamiento para hacer frente a estas situaciones, con dos objetivos principalmente:

- Dar una respuesta integral a los afectados por una situación de emergencia, aliviando el sufrimiento físico y emocional, conociendo y asumiendo que existen una serie de limitaciones.

- Identificación de forma temprana de sus reacciones frente al estrés y conocer aquellos mecanismos que pueden poner en marcha para manejarlo correctamente, evitando sus aspectos más negativos.

Desde Cruz Roja se plantea una *formación transversal* sobre apoyo psicológico para todos los voluntarios/as que realizan su actividad en los diferentes programas y proyectos. Los contenidos abordados con una duración de siete horas serían:

1. El apoyo psicológico.
2. El estrés y cómo afrontarlo.
3. Habilidades en la relación de ayuda.
4. Promover la autoayuda.
5. Grupos de población con necesidades especiales.
6. Ayudar a quienes prestan asistencia.

Por otro lado está implantada una *formación específica para los ERIE de Intervención Psicosocial* cuyo objetivo es proporcionar los conocimientos y las herramientas prácticas necesarias para la actuación de los diferentes perfiles integrantes en estos equipos. Los contenidos que se trabajan con una duración de 42 horas son:

- 1. Aspectos conceptuales y técnicos de la intervención psicosocial:**
  - 1.1 Intervención psicosocial en catástrofes.
  - 1.2 Contextos de intervención.
  - 1.3 Procedimientos y gestión de la intervención psicosocial desde el ERIE.
  - 1.4 Reacciones emocionales y conductuales ante la crisis.
- 2. Habilidades de intervención psicosocial:**
  - 2.1 Habilidades básicas de intervención.
  - 2.2 Habilidades específicas de intervención con menores.
  - 2.3 Habilidades específicas de intervención con personas mayores.
  - 2.4 Habilidades específicas de intervención con personas con discapacidad.
  - 2.5 Habilidades específicas de intervención con personas con enfermedad mental.
  - 2.6 Habilidades específicas de intervención en contextos interculturales.
  - 2.7 Intervención psicosocial con víctimas de violencia en pareja.
  - 2.8 Intervención psicosocial en accidentes de tráfico, marítimos y aéreos.
  - 2.9 Intervención psicosocial en atentados terroristas.
  - 2.10 Intervención psicosocial en intentos de suicidio.
  - 2.11 Intervención psicosocial en tanatorios.

- 2.12 Intervención psicosocial con personas albergadas.
- 2.13 Intervención psicosocial con personas desaparecidas.
- 2.14 Intervención psicosocial con personas con reacción agresiva.
- 2.15 Comunicación de malas noticias.
- 2.16 Atención psicosocial a través del teléfono.
- 2.17 Intervención psicosocial en el reconocimiento de cadáveres.
- 2.18 Atención a medios de comunicación social.

### 3. Después de la intervención:

- 3.1 Las reacciones emocionales después de la emergencia.

### 4. Intervinientes:

- 4.1 Preparación emocional del personal interviniente antes y después de la intervención.
- 4.2 Consejos de autocuidado.

Por otro lado se deben definir claramente los diferentes **Puestos de Actividad** necesarios en las intervenciones, identificando de esta forma **los perfiles más adecuados**. Hay determinadas variables personales que aumentan o disminuyen la probabilidad de resultar afectado tras la intervención en una emergencia. Por otro lado, hay que tener en cuenta la concordancia existente entre las expectativas de los intervinientes y los objetivos de trabajo.

También es importante informar y normalizar acerca de las reacciones que probablemente tendrán cuando se encuentren trabajando en una situación de emergencia, así como aquellas otras que surgirán en los días y semanas siguientes. Esto facilitará el que se den permiso para estar bajo los efectos del estrés.

Por último planteamos la necesidad de favorecer la creación de **grupos de trabajo cohesionados que fomenten el apoyo intragrupal**. En este sentido resultan de interés los encuentros formales e informales, ejercicios prácticos, la participación activa de los intervinientes en los diferentes proyectos y tareas a realizar, la identificación temprana de conflictos, las reuniones de seguimiento y evaluación, favorecer canales de comunicación adecuados y el reconocimiento a los intervinientes por el trabajo realizado.

## ¿QUÉ SE PUEDE HACER DURANTE LA EMERGENCIA?

Todas las situaciones de emergencia son diferentes a pesar de que comparten muchos aspectos comunes. Antes de que los intervinientes se dispongan a actuar, es necesario, y en la medida de lo posible, facilitarles la siguiente información:

- **Aspectos relacionados con el escenario de la emergencia:** qué ha ocurrido, qué situación se van a encontrar, número de afectados, estado de las víctimas, qué grupos de intervención están en la zona,...
- **Aspectos relacionados con la intervención:** coordinación de recursos, qué necesidades hay en la zona y objetivos propuestos, definición de las tareas de cada uno de los equipos así como las funciones asignadas a cada puesto de actividad, estimando lo que durará la intervención y las condiciones de trabajo.

Esta información deberá facilitarse antes de la intervención ya que el personal estará en mejores condiciones para confrontar sus expectativas con los objetivos propuestos. Además, todos estos detalles, pueden evitar confusiones en las tareas a realizar por parte de los equipos de intervención.

Cubrir las **necesidades básicas** de los intervinientes: alojamiento, manutención, transporte, comunicación con familiares, etc. Los responsables deben planificar estos aspectos cuando organizan a sus equipos de trabajo. Si las necesidades básicas no están cubiertas no se puede realizar, de forma óptima, ninguna actividad. Como aspecto también prioritario se considera la protección y seguridad de los intervinientes en el escenario de la emergencia, conociendo los riesgos y adoptando las medidas adecuadas para prevenirlos.

Posibilitar mecanismos de **Comunicación** entre los miembros del equipo, así como entre los intervinientes y sus responsables. Muchas de las dificultades que surgen en la intervención están relacionadas con la falta de comunicación y/o errores de esta.

En la medida de lo posible, es prioritario que se establezcan **turnos de trabajo y descansos** adecuados. Ante una emergencia los niveles de activación son muy altos, por lo que no se tiene la sensación de necesitar un descanso, pero estos niveles tan elevados no se mantendrán más de dos o tres días. Si durante ese periodo de tiempo no se ha descansado correctamente será muy difícil obtener un rendimiento adecuado, e incluso, derivará en un estado de agotamiento con la sensación de no poder más.

Es conveniente establecer entre los intervinientes **rotaciones por los diferentes puestos de actividad**. Habrá puestos que impliquen un trato directo con las personas más afectadas, probablemente serán de mayor carga emocional, y otros que mantengan una distancia mayor del dolor de los afectados.

Proporcionar un **espacio “libre de estrés”**. Los intervinientes necesitan desconectar de la situación de emergencia, sobre todo, en los tiempos de descanso. Este espacio debe reunir las condiciones adecuadas para permitirles hablar y reír, o bien llorar espontáneamente, realizar cosas de su agrado, dormir, contactar con familiares y amigos,...

Identificar los **conflictos** que puedan surgir en el grupo de trabajo, y en la medida de lo posible, mediar e intentar resolverlos.

Promover el **compañerismo y apoyo mutuo** en los grupos de intervención. Resulta fundamental lograr una buena cohesión del equipo; tendrá una relación directa y positiva en el trabajo que se realice.

**Reconocer el esfuerzo y labor** realizada por los intervinientes, favorece la autoestima y autoconfianza.

Diariamente procurar crear un espacio de encuentro entre todos los intervinientes cuyo objetivo sea tratar aspectos técnicos combinados con las emociones y reacciones que han vivido frente a los acontecimientos personales, en un ambiente agradable y de apoyo mutuo entre ellos. Estos espacios se deberían convertir en una rutina diaria y necesaria después del trabajo, ya que será una herramienta muy útil para prevenir los aspectos más negativos del estrés acumulado.

## **¿QUÉ SE PUEDE HACER DESPUÉS DE LA EMERGENCIA?**

Es conveniente, una vez finalizadas las labores de intervención en la emergencia, que se analice la afectación de los intervinientes, se normalicen las reacciones que van a aparecer en los próximos días, se brinden mecanismos de afrontamiento adecuados y muy importante, que puedan reconocer cuándo pueden estar necesitando ayuda.

Desde Cruz Roja Española pasamos un cuestionario que pretende ayudar a detectar los índices de estrés de los intervinientes con la finalidad de desarrollar mecanismos de afrontamiento eficaces previniendo las posibles consecuencias negativas.

Por otro lado, les facilitamos un tríptico que pretende ser una herramienta útil para los intervinientes con el fin de que conozcan cómo les puede afectar y qué pueden hacer ante el estrés derivado de sus intervenciones de emergencia.

Hemos constituido una red de profesionales, formados en la técnica de Debriefing siguiendo el modelo de Gisela Perren-Klinger que se activaría para trabajar con grupos de intervinientes con el propósito de ayudarles a elaborar los acontecimientos y experiencias vividas en la situación de emergencia.

# PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS SOCIALES MUNICIPALES

Enrique Pastor Seller

*Trabajador Social, Licenciado y Doctor en Sociología. Profesor Titular de Universidad. Vicedecano de Trabajo Social de la Universidad de Murcia*

El autor analiza, desde una perspectiva tanto teórica como práctica, las posibilidades y mecanismos participativos que se pueden implantar en los municipios -así como los ya existentes-, dado que éstos ocupan una posición central en la mayoría de las políticas que tienen que ver con el Bienestar Social de los ciudadanos.

Se realiza una reflexión teórica y empírica en torno a la sustantividad y transversalidad de la participación ciudadana en la intervención social y en la gestión, implementación y evaluación de las políticas sociales, concretamente en el ámbito de los Servicios Sociales municipales. Para su adecuada ilustración se presentan los principales hallazgos, resultados y alternativas de una reciente investigación empírica sobre el asunto realizada en el contexto regional, contrastando y comparando sus resultados con realidades y tendencias observadas en otros estudios y experiencias de ámbito nacional e internacional y, más concretamente, las contribuciones, limitaciones y tendencias más significativas de los Consejos e Institutos en su capacidad para influir en los procesos de democratización en la construcción de las políticas sociales en el ámbito local.

El texto privilegia la concepción operativa de la participación, entendida como modo/proceso de acción y transformación social, al vincularla a su articulación en mecanismos concretos y orientada a conocer en qué medida influyen o pueden influir en el proceso de toma de decisiones respecto del diseño, gestión y evaluación de las Políticas Públicas de Servicios Sociales en el ámbito municipal y, a su vez, reflexionar en torno a estrategias prácticas que permitan gestionar y orientar la intervención profesional y/o política para mejorar la realidad social e institucional desde el compromiso social de los Servicios Sociales de Atención Primaria. Un apasionante análisis teórico y empírico que incide en una línea de investigación e intervención social innovadora y de alto interés estratégico para el análisis

actual y futuro de las Políticas Sociales Municipales en general y de los Servicios Sociales en particular, el papel de las organizaciones sociales en dicho sistema y las competencias, compromisos y estrategias necesarias de los profesionales vinculados a la intervención social, la participación y los Servicios Sociales.

En cuanto a su estructura, el texto plantea inicialmente un marco teórico, conceptual, empírico y normativo respecto de los discursos y prácticas existentes sobre la participación ciudadana y la intervención profesional vinculada con la Política Social Local. A continuación se presenta la situación de la participación ciudadana en la Política de Servicios Sociales Municipales, especialmente en la Región de Murcia, estableciendo análisis comparativo de casos y contextos. Se ofrece así un conocimiento de las formas de organización de la participación ciudadana en los Servicios Sociales identificando, caracterizando y comparando las oportunidades e instrumentos de participación ciudadana existentes; analizando en que estos contribuyen a una mayor democratización de los procesos de elaboración, gestión y evaluación de las políticas sociales locales desde sus propios participantes. Finaliza exponiendo las conclusiones, potencialidades, oportunidades y limitaciones más significativas de los Consejos e Institutos de Servicios Sociales para ejercer una ciudadanía activa; así como las tendencias, estrategias y propuestas de acción concretas desde los participantes para influir de manera más decisiva y sostenible en los procesos de democratización en la construcción de las políticas sociales en el ámbito municipal y en el cambio de los Servicios Sociales de Atención Primaria.

En definitiva, el autor -con una gran experiencia práctica como Trabajador Social en los Servicios Sociales municipales- apuesta por el modelo de buena gobernanación, modelo que se centra en la calidad de vida de los ciudadanos, que aumenta cuando sus miembros sienten un compromiso personal con la comunidad a la que pertenecen, y no sólo en la mera prestación de servicios.

En definitiva, un libro que contribuye a la reflexión y al debate de la participación ciudadana en las políticas sociales en el ámbito local por parte de los actores involucrados en su diseño, implementación, gestión y evaluación (políticos, técnicos, entidades sociales, grupos y ciudadanos), así como en los contextos relacionales y de intervención social necesarios que pueden contribuir a construir procesos democratizadores, el ejercicio práctico de la ciudadanía activa y la transformación de las políticas sociales en el ámbito municipal.

Realiza reseña bibliográfica: **Felisa González Serrano**. Trabajadora Social Ayuntamiento de Murcia.

# POLÍTICAS Y BIENES SOCIALES: PROCESOS DE VULNERABILIDAD Y EXCLUSIÓN SOCIAL

Arriba, Ana (Coord.) (2008)  
Madrid: Fundación FOESSA

Los trabajos de investigación que reúne este libro –publicado de hecho a finales de 2009– forman parte del VI Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España 2008. El objetivo de este libro es el análisis de los itinerarios de las políticas sociales españolas en las dos últimas décadas y su relación con los procesos de exclusión social en la España del siglo XXI.

Los capítulos se centran en las distintas ramas de la política social (empleo, garantía de rentas, sanidad, educación, vivienda y servicios sociales) en tanto que sistemas de provisión de recursos para hacer frente a una determinada necesidad o riesgo o de protección frente a vulnerabilidades en una dimensión concreta, por lo que interaccionan en los procesos e itinerarios de exclusión social. Los trabajos se centran en la acción pública, enmarcada en entramados institucionales formados por mercados, Estados y sociedad civil, y en la relación entre los derechos sociales garantizados a través de estas políticas sociales y los procesos de vulnerabilidad y exclusión social.

La participación laboral constituye el espacio privilegiado de integración o inserción social. M. Malo y C. García Serrano analizan las vulnerabilidades en el espacio laboral relacionadas no sólo con la falta de empleo sino también con la precariedad del vínculo laboral (en especial el atrapamiento en la temporalidad).

En ausencia de ingresos por participación laboral, un conjunto de programas de transferencia de rentas sustituyen o protegen frente al riesgo de pobreza y de exclusión social. A. Arribas y D. Guinea estudian la jerarquía organizativa del modelo de protección social español basado en el valor del trabajo como instrumento

de acceso a las rentas económicas y en el hogar como espacio de acceso a esta protección. H. Levy y G. Salas estudian cómo, en los últimos diez años, las reformas fiscales han aspirado a transformar las deducciones personales y familiares (IRPF) en las políticas de alivio de la pobreza.

La vivienda constituye un recurso crucial para los individuos y hogares. El acceso a la vivienda, condicionado por el nivel de renta, condiciona también la forma en que los hogares pueden acceder a distintos niveles de bienestar o protegerse frente a procesos de empobrecimiento o exclusión social. Como muestran L. Cortés, F. Antón, C. Martínez y J. Navarrete el modelo residencial español de los últimos años, organizado a través de los mecanismos del mercado, está actuando de manera muy negativa sobre los procesos de resolución de las necesidades de alojamiento de algunos grupos y colectivos sociales.

Las políticas españolas de educación, salud, servicios sociales, mantienen una definición universalista de acceso al sistema por lo que las condiciones de vulnerabilidad se definen muy cerca del papel de la acción pública. En cierta forma estudiar las dimensiones de pobreza y exclusión en cada una de ellas tiene mucho que ver con los límites de estos sistemas o ramas de la protección social.

Para el estudio de la desigualdad extrema en el sistema educativo, M. López de la Nieta identifica la exclusión y vulnerabilidad educativa con las carencias que ubican a las personas en posiciones de desventaja dentro del sistema social vigente bien sea en el mercado de trabajo o en la vida cotidiana y que se alejan de lo “normalizado”.

En cuanto a la atención sanitaria, F. J. Moreno y D. Guinea plantean que su universalización no garantiza por sí sola la adecuada accesibilidad a los servicios sanitarios para todos los grupos sociales ya que la mera elegibilidad no implica la existencia de un nivel común de prestaciones del Sistema Sanitario Público ni la utilización estandarizada de sus servicios por parte de los distintos grupos de la población. Como señala J. Gervás, en la misma vía de acceso a la atención sanitaria existe un fuerte sesgo por clase social, según el cual las clases medias y altas acuden en mayor medida a los especialistas, las clases bajas a la atención primaria y las personas en situaciones de exclusión en las urgencias hospitalarias. M. Hernández muestra cómo el desfavorecimiento y vulnerabilidad más extremas se materializan con frecuencia en personas con graves problemas de salud mental. La desigualdad territorial es estudiada por R. Pérez-Giménez que analiza cómo se relacionan el nivel socioeconómico y sanitario de las Comunidades Autónomas con el nivel de pobreza.

Las aspiraciones de Universalidad de los Servicios Sociales se conjugan con la ayuda en situaciones de pobreza y marginalidad. D. Casado estudia la respuesta de los servicios sociales a las situaciones de pobreza y marginación a través de dos cuestiones cruciales: la carencia de oferta de los Servicios Sociales Públicos a las demandas de las poblaciones en situación de pobreza y marginación social, así como las exclusiones y desigualdades de la acción de los propios servicios sociales.

Una de las conclusiones que atraviesan el libro, así como buena parte de los trabajos del Informe FOESSA 2008, es que el despegue económico de la pasada década no se ha reflejado en la disminución de las desigualdades sociales, ni en una apuesta por políticas sociales universales, redistribuidoras, generosas y garantistas. La preocupación por la contención del gasto y la sostenibilidad de los sistemas ha primado sobre los objetivos de ampliación de garantía de Derechos Sociales.

En cuanto a las trayectorias de los equilibrios institucionales entre Estado, mercado y sociedad civil, resulta claro que el mercado se ha reforzado en aquellos sistemas de provisión en los que constituía ya un espacio dominante -trabajo y vivienda- incrementando la vulnerabilidad de ciertos sectores de población.

Por otra parte en todas las áreas de políticas sociales estudiadas en este libro y que tiene que ver con la organización de la administración pública española, su proceso de descentralización ha incidido de forma clave en la regulación, financiación y provisión de las políticas sociales.





# Hoja de suscripción

## TRABAJO SOCIAL HOY y MONOGRÁFICO REVISTA 2009

NOMBRE (persona y/o entidad)

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

PROVINCIA

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

FECHA

OBSERVACIONES

### COSTE DE SUSCRIPCIÓN A LA REVISTA

3 números cuatrimestrales + 1 libro anual y un índice temático

Organismos:	44,00 euros	
Colegiados de otros Colegios:	29,50 euros	<i>Enviar copia del carnet de colegiado.</i>
Estudiantes:	21,00 euros	<i>Enviar copia carnet de estudiante</i>

### FORMA DE PAGO

- Transferencia bancaria a la cuenta del Banco Popular Español, Sucursal 0001 (Of. Principal) de la C/Alcalá, 26. 28014 Madrid.

c.c.c. 0075-0001-88-0606440012

ENVIAR ESTE BOLETÍN, así como copia de la transferencia bancaria (en caso de haber elegido esta forma de pago) a la siguiente dirección:

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES DE MADRID  
C/ Gran Vía, 16, 6 Izda. 28013 Madrid

O por Fax al 91 522 23 80

Firma del suscriptor

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Suscriptores", cuya finalidad es gestionar las suscripciones a la revista del Colegio, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. El órgano responsable del fichero es el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Gran Vía, 16, 6º Izq. Madrid 28013, correo electrónico: secretaria@comtrabajosocial.com, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal.

## PAUTAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS EN LA REVISTA **TRABAJO SOCIAL HOY**

1. Las páginas de la revista TRABAJO SOCIAL HOY, están **abiertas a todas las colaboraciones**: trabajos de reflexión, recopilaciones teóricas, experiencias prácticas, investigaciones, artículos (informativos, orientativos, ensayos), etc., que traten sobre Trabajo Social, Política Social o Servicios Sociales.
2. **Los artículos o trabajos deberán presentarse en formato papel** acompañado de disquete o en formato electrónico, **microsoft word o word perfect 6.0** e incluirán, en un documento aparte, los datos básicos del autor/es; nombre y apellidos, dirección, teléfono, e-mail, profesión, lugar de trabajo y puesto que ocupa, así como el número de colegiado.

Si el trabajo está realizado por varios autores, deberá indicarse el nombre del coordinador del grupo y el teléfono de contacto. El e-mail podrá publicarse si el autor lo expresa.

3. **La extensión de los artículos** no deberá superar las 20 páginas, mecanografiadas a doble espacio y con letra tamaño 12. Cada artículo deberá incluir unas palabras clave (entre 3 y 6) para realizar el índice anual y un resumen introductorio de 5 ó 10 líneas. En el caso de los trabajos de reflexión el número de páginas será de cinco, con las mismas características.
4. Los trabajos deberán remitirse por correo, a la **redacción de TRABAJO SOCIAL HOY, c/ Gran Vía 16-6º 28013 Madrid, o por e-mail a la dirección: [publicaciones@comtrabajosocial.com](mailto:publicaciones@comtrabajosocial.com)**
5. **Los cuadros, tablas, figuras y mapas** deberán presentarse en documento/hoja aparte, debidamente elaboradas e indicando su lugar en el artículo.
6. Las anotaciones y referencias bibliográficas irán in-

cluidas al final del texto y deberán ajustarse a algún criterio o normativa aceptado internacionalmente. En todo caso deberá incluir: APELLIDOS e inicial/es del nombre del autor/es, "Título del libro", nombre de la Editorial, ciudad o país donde se edita y año de la edición. En el caso de revistas: APELLIDOS e inicial del nombre del autor, "Título del artículo", nombre de la revista, mes, año y número de la misma y -páginas- que contienen dicho artículo. Las ponencias de Congresos y otros tipos de documentos, deberán estar debidamente referenciados para su posible localización por los lectores.

De igual manera, las ilustraciones que se consideren incluir en un artículo deberán estar referenciadas correctamente (mínimo: Autor y fecha).

7. **Cuando se citen** en un trabajo organismos o entidades mediante siglas, deberá aparecer el nombre completo la primera vez que se mencione en el texto.
8. **El firmante del artículo** responde de que éste no ha sido publicado ni enviado a otra revista para su publicación. Si se tratase de un artículo publicado, esta circunstancia se hará constar en el trabajo y se remitirá acompañado de la autorización de la entidad correspondiente para su posible reproducción en TRABAJO SOCIAL HOY.
9. **El Consejo Asesor** se reserva el derecho de rechazar los originales que no juzgue apropiados, así como de proponer al autor modificaciones y cambios de los mismos cuando lo considere necesario.
10. El Consejo Asesor de la Revista TRABAJO SOCIAL HOY y el Colegio de Diplomados en Trabajo Social de Madrid **no se hace responsable de las opiniones y valoraciones que realicen los autores cuyos trabajos son publicados.**

## SERVICIOS DEL COLEGIO

### SECRETARÍA

#### Atención Personal y Telefónica:

Lunes a Jueves de 9.00 a 14.00 y de 16.00 a 18.30 h.  
Martes de 9.00 a 18.30 h. ininterrumpidamente

### SERVICIO DOCUMENTACIÓN

Cita previa

### ASESORIA JURÍDICA

Cita previa

### SALA DE REUNIONES

Previa solicitud en la Secretaría del Colegio

# madrid social

# 1x3000



Colegio Oficial  
Trabajadores Sociales  
de Madrid

[www.comtrabajosocial.com](http://www.comtrabajosocial.com)



colegio oficial  
de trabajadores  
sociales