

compartir

i m p l i c a r

visibilizar

impulsar

empowerment

promover



JORNADAS DE TRABAJO SOCIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

16 y 17 de noviembre de 2017

Centro Social Universidad de Murcia



Colegio Oficial de
Trabajo Social

Región de Murcia

**II Jornadas de Trabajo Social
de la Región de Murcia**

Murcia, 16 y 17 de noviembre de 2017

Libro de comunicaciones





Primera edición, 2018

El editor no se hace responsable de las opiniones recogidas, comentarios y manifestaciones vertidas por los autores. La presente obra recoge exclusivamente la opinión de sus autores como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.

Edita y organiza: Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia

Colaboran: Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Murcia, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Ayuntamiento de la Región de Murcia, Consejo General de Trabajo Social, Federación de Municipios de la Región de Murcia, Plataforma del Tercer Sector de la Región de Murcia.

Patrocinan: Tunstal televisiva, FASEN, FIAPAS, Fundación ONCE, Caser Residencial y Asociación Columbares.

Participan: PP, PSOE, Ciudadanos y Podemos, los Sindicatos (UGT y CC.OO).

© Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia

ISBN: 978-84-17438-21-0

Depósito Legal: MU 1447-2018

Edición a cargo de: Diego Marín Librero–Editor. S.L.
Merced, 25.30001–Murcia
Tfno. 968 24 28 29 / 968 23 75 78

Agradecimientos

Desde el Colegio de Trabajo Social queremos manifestar nuestro agradecimiento a todas las personas que han hecho posible la realización de las II Jornadas de Trabajo Social.

A los miembros del comité científico.

A los colaboradores: Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Murcia, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Ayuntamiento de la Región de Murcia, Consejo General de Trabajo Social, Federación de Municipios de la Región de Murcia, Plataforma del Tercer Sector de la Región de Murcia.

Al patrocinador principal: Tunstal televida, a los patrocinadores de accesibilidad FASEN, FIAPAS y Fundación ONCE y a los patrocinadores Caser Residencial y Asociación Columbares.

A los partidos políticos: PP, PSOE, Ciudadanos y Podemos y a los Sindicatos (UGT y CC.OO por su participación.

A los moderadores de las mesas de comunicaciones.

A los ponentes que han participado en las comunicaciones, en la mesa inaugural y en la mesa de clausura.

Y finalmente a Dña. Natividad de la Red, por su conferencia inaugural.

Índice abreviado:

1. FUNDAMENTO Y OBJETIVO DE LAS II JORNADAS DE TRABAJO SOCIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA.....	9
2. DATOS PRINCIPALES.....	11
3. RESUMEN DEL INFORME DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN.....	13
4. COMITÉ CIENTÍFICO	17
5. COMITÉ ORGANIZADOR.....	19
6. DISCURSOS APERTURA.....	21
7. DISCURSO DE CLAUSURA	29
8. PROGRAMA.....	31
9. PONENCIAS, COMUNICACIONES	39
9.1. ESPACIO 1: AUDITORIO	41
9.1.1. EL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES	41
9.1.2. TRABAJO SOCIAL Y AUTONOMÍA PERSONAL	61
9.1.3. LA SITUACIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL.....	99
9.1.4 TRABAJO SOCIAL E INCLUSIÓN SOCIAL	123
9.1.5. TRABAJO SOCIAL EN EDUCACIÓN, INFANCIA Y FAMILIA.	187
9.2. ESPACIO 2: AULA DIDÁCTICA.....	215
9.2.1. TRABAJO SOCIAL Y DUELO	215
9.2.2. TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD	223
9.2.3. INTERVENCIÓN SOCIAL	257
9.2.4. TRABAJO SOCIAL EN EDUCACIÓN, INFANCIA Y FAMILIA	309

9.2.5. TRABAJO SOCIAL EN EL MARCO DEL ÁMBITO DE LA JUSTICIA. FUNCIÓN PERICIAL Y MEDIACIÓN	357
9.3. ESPACIO 3: SALA DE EXPOSICIONES	369
10. APÉNDICE	415
10.1. APORTACIONES AL DEBATE POLÍTICO	417

1. Fundamento y objetivos de las II Jornadas de Trabajo Social de la Región de Murcia

22 años han pasado desde las primeras Jornadas de Trabajo Social, celebradas del 31 de marzo al 2 de abril de 1995 en Cartagena. Pagábamos en pesetas, se lanzaba al mercado Windows 95, la heroína provocaba centenares de visitas en las urgencias, aunque el paro era y es el principal problema para la opinión pública.

Han pasado demasiados años y creemos que es hora de volver a encontrarnos para compartir espacios de reflexión, transmitir necesidades y propuestas a los poderes públicos y hacerles partícipes de las soluciones, contar cuál es el día a día en los puestos de Trabajo Social, a qué problemas nos enfrentamos y qué está cambiando y mejorando, también es hora de sentarnos a compartir un café, crear vínculos, acoger a las personas que pronto llegarán de la universidad a la práctica profesional

La profesión de trabajo social ha evolucionado, en la Región de Murcia actualmente somos ya cerca de 1000 profesionales de trabajo social colegiados/as. Los cambios y transformaciones de la sociedad exigen a nuestra profesión un continuo aprendizaje para poder adaptarnos a las necesidades que demanda la población, especialmente aquella que se encuentra en situación de vulnerabilidad social.

Esto requiere un continuo trabajo de investigación y de formación por parte del profesional de trabajo social para trabajar en actuaciones de prevención y de intervención en las distintas áreas de actuación.

El trabajo social ha adquirido mayor reconocimiento como profesión, pero es necesario que los/as profesionales sigamos visualizando nuestro trabajo para que adquiera la relevancia que tiene en otros países.

En ocasiones nuestro trabajo está limitado a presupuestos y subvenciones que pueden desembocar en sobrecarga laboral y frustración personal. Por ello, es necesario generar el encuentro entre profesionales, establecer vínculos y crear espacios de reflexión y de intercambio de prácticas profesionales, que es lo que pretenden estas II Jornadas de Trabajo Social de la Región de Murcia.

Habiendo transcurrido tantos años desde que se celebraran las I Jornadas de Trabajo Social de la Región de Murcia, se ha estimado oportuno realizar unas jornadas temáticas y participativas, que engloben diversas áreas de actuación del Trabajo Social, en base a las propuestas de comunicaciones aceptadas, como son los

Servicios Sociales, la autonomía personal, la situación profesional, la inclusión social, la salud, la educación, familia e infancia, el duelo, justicia, la investigación y la intervención social.

Es el momento de **compartir** experiencias, de **visibilizar** la profesión de trabajo social, de **implicar** a los agentes externos en el desarrollo de políticas sociales más comprometidas con las necesidades que demanda la población, de **promover** actuaciones de prevención en los diferentes ámbitos para anticiparnos a los problemas, de **impulsar** el desarrollo de mecanismos de control para realizar una evaluación exhausta de nuestro trabajo, que aporte rigurosidad a nuestra profesión y a nuestras prácticas profesionales y que nos permita mejorar, y de trabajar el empoderamiento para dotar a las personas de los medios propios para hacer frente a las situaciones de crisis, de vulnerabilidad social, de exclusión y/o, de pobreza en las que puedan encontrarse.

Es el momento del trabajo social.

Finalidad y objetivos

Las II Jornadas nacen con la clara finalidad de reforzar a la profesión de Trabajo Social en la Región de Murcia, compartir experiencias, generar vínculos, sumar fuerzas, reflexionar sobre el papel que jugamos actualmente y definir retos de futuro.

- Primer objetivo: Responder a la necesidad de **compartir espacios para la reflexión**, que ayuden a conocer nuestras fortalezas y debilidades y **formular propuestas** de solución.
- Segundo objetivo: **Visibilizar la práctica profesional** del día a día en las diferentes áreas y sectores de intervención del Trabajo Social, **nuestras necesidades y plantear retos**.
- Tercer objetivo: **Compartir los retos e implicar en las propuestas** a los diferentes poderes públicos, entidades públicas y privadas, universidades y organización colegial.
- Cuarto objetivo: **Promover** los estudios y la profesión de Trabajo Social en nuestra Región.
- Quinto objetivo: **Tomar impulso** para afrontar los numerosos retos del Trabajo Social.

2. Datos principales

Conferencia inaugural de Dña. Natividad de la Red Vega

3 espacios simultáneos.

6 colaboradores

6 grupos políticos y sindicatos participantes

7 patrocinadores

10 ejes temáticos principales.

11 moderadores/as

18 mesas

44 comunicaciones

76 ponentes

Más de 250 personas inscritas.

Gracias por hacerlo posible

3. Resumen del informe de resultados de evaluación

Tras la realización de las II Jornadas de Trabajo Social de la Región de Murcia desarrolladas el 16 y 17 de noviembre, se envió un cuestionario de evaluación anónimo a las personas que habían participado con la finalidad de conocer su valoración para corregir errores y mejorar en futuras jornadas.

Se recibieron 91 respuestas entre el 28 de noviembre de 2017 y el 8 de enero de 2018, de las que a continuación se recoge un resumen de los datos más destacados.

Contenidos de las jornadas.

En primer lugar, se desea conocer si los contenidos de las jornadas han respondido a las expectativas de los participantes y la valoración del grado de interés que han tenido los contenidos abordados.



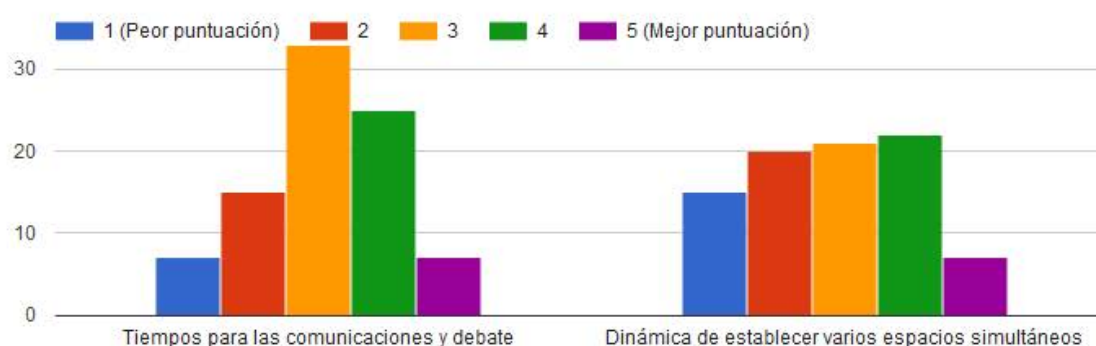
Se aprecia una valoración general positiva ya que casi dos tercios de los encuestados marcan los ítems 4 o 5. Refieren “que han sido *“plurales e interesantes”* aunque respecto a la variedad de los contenidos algunas opiniones indican que *“han sido demasiados y no se puede profundizar”* y que *“ha faltado una visión de futuro”*.

A la cuestión sobre que temas despiertan interés para ampliar conocimientos las respuestas son variadas, aunque se observa que *“sobre exclusión social”* es uno a los que más se hace referencia.

Metodología de las jornadas

Los resultados sobre la valoración de la metodología utilizada son más ajustados entre unos ítems y otros, existiendo más diversidad de opinión.

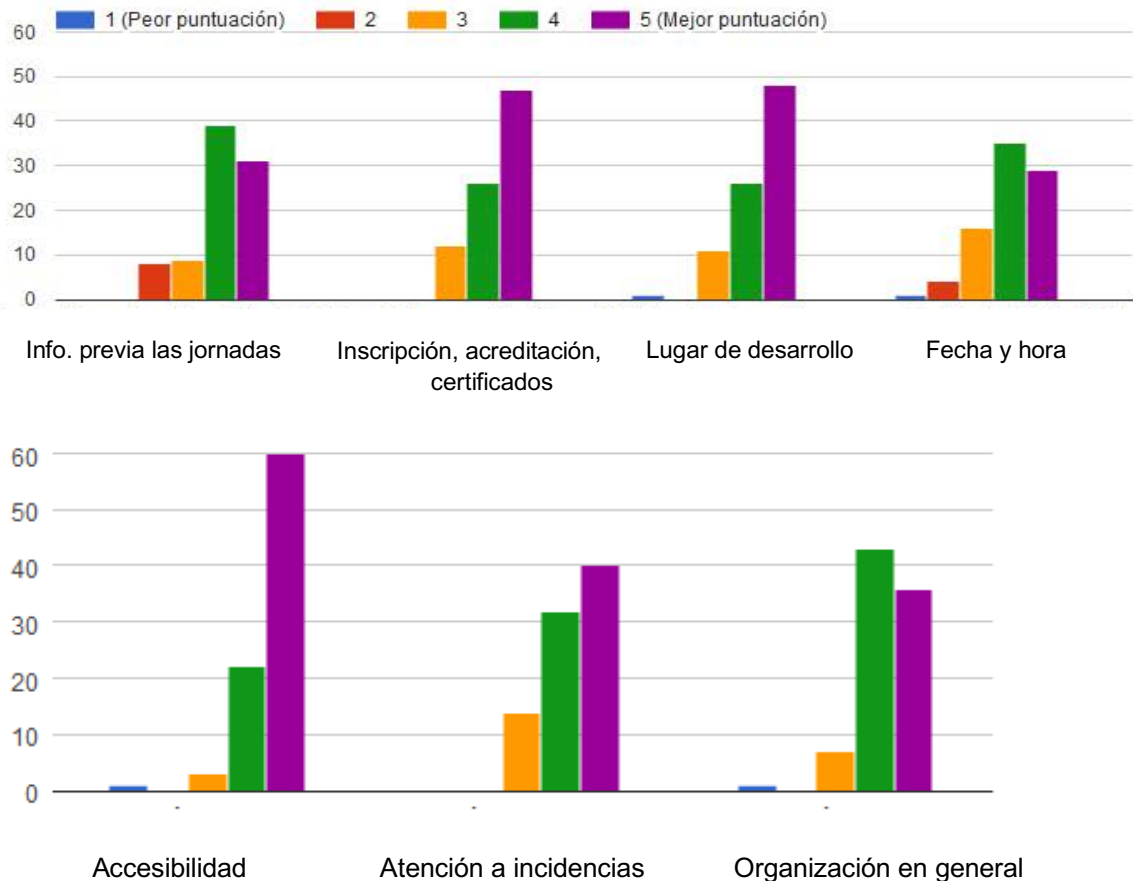
En cuanto a la valoración de los tiempos establecidos para las comunicaciones el ítem 3 es el más votado con poco más de un tercio del total (33 votos), seguido por las opciones 4 y 5 que juntas suman un total de 32 votos y las opciones 1 y 2 que alcanzan los 22 votos. Se manifiesta que se debe de establecer “*más espacio para descansos*” y que habían “*demasiadas comunicaciones en poco tiempo*” que impedía “*profundizar en los debates*”.



Respecto a la valoración sobre establecer varios espacios simultáneos, a pesar de que la opción 4 es la más valorada con 22 votos, las opciones 3, 2 y 1 le siguen muy de cerca. Agrupando las mejores (ítems 4 y 5) y peores valoraciones (ítems 1 y 2) podemos decir que hay 29 personas que les parece adecuado y 35 que no les parece apropiada esta dinámica, generalmente por la “*imposibilidad de asistir a conferencias que me interesaban al estar en espacios distintos y al mismo tiempo*”.

Organización de las jornadas

Los resultados generales de la organización de las jornadas se valoran positivamente reflejándose en comentarios al “*agradecer el esfuerzo que ha supuesto*” y recibir felicitaciones, siendo los ítems 4 y 5 los que más votos han recibido diferenciándose del resto, aunque se refieren propuestas para mejorar ciertos aspectos.



En cuanto a la entrega de certificados se aconseja una mejor organización para evitar que se *“produzcan colas”*. Sobre la elección de la fecha y del horario se recoge que es más adecuado realizarlas en otro mes ya que en *“los meses de octubre y noviembre se concentra toda la formación”* y que *“no ha sido acertado poner las jornadas en horario de tarde”*. Además, se propone dar *“más visualización”* en los medios informativos, *“arriesgar más y fomentar otras maneras que favorezcan la participación”*

Otros datos

Para finalizar el cuestionario se remitían varias preguntas generales para valorar lo mejor de las jornadas, siendo la respuesta más frecuente *“el encuentro entre profesionales”* y para conocer los aspectos a mejorar, reflejando que deben de tener **menos contenidos**, las **comunicaciones tienen que ajustarse a los tiempos** establecidos respetando los descansos, preferiblemente en un **único espacio** con dinámicas **más participativas**. Por último, se deja manifiesto el agradecimiento al colegio por la organización de las II Jornadas.

¡Gracias por vuestro tiempo y por ayudarnos a mejorar!

4. Comité Científico

D. Juan Carrión Tudela

Trabajador social

Vocal del Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia

Dña. M.^a Paz García-Longoria Serrano

Trabajadora social

Decana de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Murcia.

D. Enrique Pastor Seller

Trabajador social

Vicepresidente del Consejo General del Trabajo Social.

Dña. M.^a Mercedes Guillén Torres

Trabajadora social

Técnica de Gestión del Servicio de Planificación y Evaluación

Dirección General de Familia y Políticas Sociales de la CARM

Dña. Teresa Lajarín Ortega

Trabajadora social

Secretaria de la Plataforma del Tercer Sector de la Región de Murcia.

Dña. Consuelo García Olivares

Trabajadora social

Jefa de Servicio de Bienestar Social del Excmo. Ayuntamiento de Murcia.

5. Comité Organizador

Junta de Gobierno 2016-2020

Dña. María del Carmen Penín Pina

Presidenta del Colegio de Trabajo Social de la Región de Murcia

D. Jon Muruzabal Hidalgo

Vicepresidente del Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia

Dña. María Ángeles Carrión Gutiérrez

Secretaria del Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia

Vocales

Dña. María Dolores Matallana López

Dña. Elena Prosper Antolinos

Dña. Raquel Fernández Rizaldos

Dña. Isabel María Sánchez Sánchez

D. Juan Carrión Tudela

Dña. Ana Meroño del Valle

Dña Miriam Mateos Almansa

Dña. Maria Isabel Baenas Zamora

Dña. Rosa Maldonado Álvarez

Dña. Iluminada Pardo Cayuela

Dña. Ana María Llamas Rubio

D. Pablo Egea de Rueda

D. Joaquina Fernández Féliz

D. Victoriano Simón Peñafiel

Dña. Judit García Álvarez

Dña. Mariola Cabanes Aracil

Secretaría técnica

Dña. Laura López Martínez.

Trabajadora social del Colegio Oficial de Trabajo Social de Murcia.

D. Lorenzo Gutiérrez Díez.

Trabajador social y Coordinador del Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región Murcia.

Dña. M^a José Contreras Hernández.

Auxiliar administrativa del Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia.

6. Discursos Apertura

SR. D. MANUEL PATO MELGAREJO

Secretario General de la Federación de Municipios de la Región de Murcia (FMRM).

Con la Democracia, las Entidades Locales realizan un gran esfuerzo en completar sus infraestructuras, mejorar la calidad y la eficiencia de su gestión y ampliar los servicios públicos a la ciudadanía, en un compromiso personal de los alcaldes y equipos de gobierno más allá del cumplimiento de la propia legislación.

En ese servicio a la ciudadanía y como uno de los pilares del Estado de Bienestar, son los Servicios Sociales los que han adquirido más importancia a lo largo de los últimos años. Y sin duda nos han permitido pasar este periodo de crisis en mejores condiciones que si no hubiesen existido.

El papel de los Ayuntamientos en las políticas de Servicios Sociales, por ser la administración más cercana al ciudadano y la que mejor conoce el entorno, ha sido relevante, a pesar de que muchas de las competencias que prestamos no son propias. Y de cara al futuro, la Agenda Local para los próximos años está vinculada a los 17 objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU, que incluye erradicar la pobreza, impulsar la salud pública, evitar la pobreza energética o hacer de nuestras ciudades más sostenibles, inclusivos, seguros, resilientes, etc., lo que implica impulsar las políticas globales donde los servicios públicos atiendan las necesidades de los grupos más desfavorecidos, pero a su vez se ataje el origen de esta desigualdad.

Como en la parábola del río, los trabajadores sociales tendrán, como el 'Pescador', que seguir sacando gente del río, y las administraciones públicas intervenir para que nada ni nadie los vuelva a lanzar al agua.

Reto muy ambicioso. 2030.

Para conseguir estos objetivos desde la FMRM consideramos que:

- Debemos avanzar progresivamente por la universalización del Derecho a las Prestaciones Básicas.
- Fortalecer el sistema público.

- Lograr un funcionamiento más ágil y flexible de la Administración.
- Y renovar nuestra estructura competencial permitiendo la actuación inmediata y en eso los ayuntamientos estamos en 1ª línea.

Pero detrás o delante de todas estas palabras están los trabajadores y trabajadoras sociales, empleados públicos que se vinculan tanto vocacionalmente como con un compromiso personal en ese servicio público.

Por ello mi reconocimiento, que no es el mío, sino el de todos los alcaldes y ayuntamientos; y felicitar la iniciativa, ya que este es un gran foro para el intercambio de experiencias, la formación y la actualización de conocimientos de aquellos que necesitamos que estén “en forma” para poder seguir desarrollando en nuestros ayuntamientos las políticas de Bienestar Social y acercarnos a los objetivos de la agenda 2030. Gracias.

SRA. DÑA. VIOLANTE TOMÁS OLIVARES

Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Históricamente, el Trabajo social en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ha contado con el apoyo incondicional de los diferentes gobiernos regionales casi desde el acceso a la autonomía regional, no obstante, ya en la primera ley de servicios sociales, de 1985, se indicaba que había que promover e impulsar los estudios de trabajo social en la Región de Murcia.

En este sentido, quiero destacar la excelente relación entre la Administración Regional y el Colegio de Trabajo Social de la Región de Murcia, que ha permitido mantener una importante relación de colaboración, a veces crítica, pero siempre responsable, y que se traduce en la participación del Colegio en todas aquellas iniciativas básicas que han tenido que ver con la Consejería, como por ejemplo, la gestión de la Dependencia, el desarrollo del reglamento de la Renta Básica, Jornada Ley de Servicios Sociales,... etcétera.

De otro lado, la Comunidad autónoma colabora con el Colegio y con la Facultad de Trabajo Social facilitando prácticas de los estudiantes de esta titulación o en el desarrollo de actividades de formación y en todas aquellas otras cuestiones para las que se nos requiere colaboración y, en media de nuestras posibilidades podemos hacerlo.

Creo que esta relación sincera, directa e independiente que se ha mantenido entre la administración y los representantes de los trabajadores sociales, ha permitido que las personas que viven en la Región de Murcia, y la necesitan, reciban una asistencia social de gran calidad a través de los centros de atención primaria de servicios sociales.

No obstante, la experiencia de treinta años dedicada al servicio de personas vulnerables, en concreto a la atención de personas con discapacidad, me ha enseñado que nunca se dispone de recursos suficientes para atender las necesidades que se presentan.

El factor humano se convierte, por tanto, en un elemento fundamental que permite solventar, en cierto modo, la falta de recursos. En este sentido, el colectivo de profesionales de Trabajo Social es una pieza clave en todos los procesos de intervención social, más aún en el nuevo paradigma de la intervención social en el que el foco de la atención se pone sobre las necesidades de las personas y los sistemas de protección social deben de centrarse en proveer y coordinar los diferentes recursos de manera que se den respuestas a las necesidades.

Nos encontramos, por tanto, ante un nuevo modelo de intervención que es básico para las personas y /o colectivos sociales que están en situación de vulnerabilidad y /o en riesgo de exclusión social y que desde el gobierno regional se está desarrollando con propuestas concretas de coordinación en diferentes ámbitos:

- De un lado el **Sociosanitario** para la atención a personas con trastorno mental grave, donde estamos promoviendo la creación de equipos estables de coordinación y desarrollando programas de formación para impulsar el trabajo en red
- De otro, en **la mejora del acceso al empleo y en la empleabilidad de los colectivos vulnerables** (mujeres víctimas de violencia de género, en situación en exclusión social), generando protocolos de coordinación. A final de mes vamos a tener una jornada formativa sobre la mejora de la empleabilidad...

Desde el gobierno regional somos conscientes que, para obtener los mejores resultados, necesitamos poder coordinarnos en las mejores condiciones, y para ello necesitamos disponer de un sistema sólido de servicios sociales de atención primaria.

Por eso, este año la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, junto con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las Entidades Locales, hemos hecho un esfuerzo considerable para mejorar la ratio de profesionales de trabajo social en los Servicios Sociales de Atención Primaria.

En total para este año vamos a subvencionar con un total de 11.681.129 € a las corporaciones locales para la contratación de 357 trabajadores sociales, lo que va a suponer una mejora sustancial en la capacidad de respuesta a las necesidades sociales.

Así, hemos incrementado más de un millón y medio de euros (exactamente 1.597.565 €) para la financiación de 65 nuevos puestos de profesionales de trabajo social a jornada completa en los Servicios Sociales de Atención Primaria. Esta actuación va a permitir mejorar sustancialmente la ratio de profesionales de trabajo social en relación a la población, pasando de 6.500 a 5.000 habitantes por trabajador social.

Creo que estas actuaciones son una muestra de nuestro convencimiento de que los profesionales del sistema de servicios sociales son su principal activo y que, incrementar los profesionales de atención directa es mejorar la calidad de la atención social.

Por supuesto, el otro activo fundamental en la calidad de los servicios sociales es poder disponer de una ley adaptada al nuevo paradigma, que dé respuesta a las necesidades derivadas de los cambios sociales e institucionales producidos en los últimos años, a la vez que recoge las innovaciones tecnológicas y organizativas que permiten las nuevas tecnologías.

En este sentido, creo que el borrador de Ley de Servicios Sociales que hemos dado a conocer recientemente a los diferentes grupos que han participado en su proceso de elaboración, ha sabido abordar estas cuestiones e integrarlas en el diseño de los recursos, programas y modelos organizativos necesarios para la cobertura de las nuevas situaciones de necesidad social.

Este borrador incluye, además, otras demandas y aportaciones realizadas por el Colegio Oficial de Trabajo Social, la Plataforma del Tercer Sector de Acción Social y la Federación de Municipios en la Primera Jornada para una nueva Ley de Servicios Sociales de la Región celebrada en febrero de 2016, entre las que se encuentran la nueva distribución de las competencias y organización de los recursos, con el fin de evitar duplicidades y dotar al sistema de la máxima eficacia y eficiencia.

SRA. DÑA. MAY PENIN PINA

Presidenta del Colegio de Trabajo Social de la Región de Murcia.

El Trabajo social en Murcia ha ido evolucionando, dentro de la Universidad de Murcia a través del reconocimiento de la profesión y fuera de la Región de Murcia. Estamos consiguiendo doctores e investigación a nivel nacional y por ello hoy estamos aquí.

Debemos fortalecer el Sistema Público de Servicios Sociales con o sin recortes, trazar alianzas, trabajar en un sistema de promoción social, en la sistematización de la práctica profesional, y en un sistema sólido de servicios sociales de atención primaria.

Todo ello son bases para que el Trabajo Social siga adelante. Es importante trazar alianzas, todos debemos de estar unidos por y para las personas, pero no solo en épocas de crisis o necesidad. Hemos tenidos momentos duros donde el trabajo social ha sido pieza clave para las personas que lo necesitaban y no nos lo han puesto fácil, lo hemos pasado mal. Por ello no sólo se trata de ayudar en momentos de necesidad sino de prevenir y dentro de esa prevención se incluyen estas jornadas, estas investigaciones que nos van a servir para poder crear perfiles y para adelantarnos a los acontecimientos.

7. Discurso de Clausura

SR. D. JON MURUZABAL HIDALGO

Vicepresidente del Colegio de Trabajo Social de la Región de Murcia

Vamos a proceder a la clausura de las II Jornadas de la Región de Murcia.

En primer lugar, queremos agradecer a todas las personas que han intervenido y participado a lo largo de todas las jornadas, gracias a ellos ha sido posible. Al comité Científico y organizador, en especial a los profesionales del Colegio, Laura, M.^a José y Lorenzo que han hecho un trabajo envidiable.

Queremos agradecer también la presencia de la decana de la Facultad, M^a Paz García Longoria, y al Colegio de Trabajo Social por sus aportaciones durante todas las jornadas.

Agradecer el papel fundamental del patrocinar principal Tunstall Televida, de los patrocinadores de accesibilidad, Aspanpal, Fundación ONCE y FASEN de la Dirección General de Familia y Políticas Sociales, y de los patrocinadores Columbares y Caser Residencial.

A los colaboradores, la Facultad de Trabajo social y la Universidad de Murcia, el Consejo General de Trabajo Social, la Plataforma del Tercer Sector, la Federación de Municipios de la Región de Murcia, la Concejalía de Derechos Sociales de la Región de Murcia y la Consejería de Familia, Igualdad y oportunidades. Y en general, a todos los participantes, partidos políticos, Partido popular, PSOE, , Ciudadanos, Podemos, y a los sindicatos, UGT y CC.OO.

Han pasado 22 años desde que hicieran las primeras jornadas y desde esta clausura emplazo a todos y todas a que no vuelva a pasar tanto tiempo para reunirnos. Son jornadas difíciles y arduas de hacer, pero su fruto merece la pena por la cantidad de retos que tenemos y que vamos a tener debido al contexto de crisis, pobreza y desempleo en el que nos encontramos, y que por desgracia vamos a seguir viviendo. Esto nos obliga a avanzar en nuestras competencias.

Queremos enviar a la facultad varios mensajes, para que siga implementando la investigación y la práctica profesional. A la Federación de Municipios para abordar retos en los Servicios Sociales locales y en la reforma de la Administración Local. A la Consejería le pedimos que incorpore al Colegio en los órganos consultivos y tecnológicos y trabaje de manera conjunta, fomentando la participación inmediata de todos y todas las profesionales, más allá del portal de transparencia. Que abra un

proceso para abordar las propuestas del Colegio, que lleve el silencio administrativo positivo a servicios, dependencia, renta básica, que sea más fuerte en lo que los jueces vienen reiterando por incumplir el plazo o no notificar las modificaciones, y para que promueva medidas y protocolos contra la precariedad laboral.

Y a los colegiados y colegiadas, trabajadoras sociales y trabajadores social en general, que sigamos trabajando por y para la sociedad porque queda mucho por hacer y sobre todo, a todos y todas a seguir defendiendo la profesionalidad del trabajo social y nuestro papel fundamental como agentes de cambio.

Por último, que no es menos importante, agradecer la participación a Natividad de la Red en estas jornadas.

8. Programa

Espacio 1: Auditorio
(330 plazas)



Jueves, 16 de noviembre de 2017 | Espacio 1: Auditorio

16:00 h. Acreditaciones.

16:30 h. Inauguración de las II Jornadas de Trabajo Social de la Región de Murcia.

- Dña. Elvira Medina Ruiz, Vicedecana de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Murcia.
- D. Manuel Pato Melgarejo, Secretario General de la Federación de Municipios de la Región de Murcia (FMRM).
- D. Diego Cruzado Beguiristain, Presidente de la Plataforma del Tercer Sector de la Región de Murcia.
- Dña. Concepción Ruiz Caballero, Concejala de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Murcia.
- D. Enrique Pastor Seller. Vicepresidente del Consejo General del Trabajo Social.
- Dña. Violante Tomás Olivares. Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades.
- Dña. May Penín Pina, Presidenta del Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia.

17:00 h. Conferencia inaugural. Presenta: D. Enrique Pastor Seller, Vicepresidente del Consejo General del Trabajo Social.

Trabajo Social y consolidación del sistema de Servicios Sociales.

Dña. Natividad de la Red Vega.

18:00 h. Descanso.

18:30 h. Comunicaciones y debate: El Sistema Público de Servicios Sociales.
Modera: Dña. María Isabel Baenas Zamora, vocal del Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia

- **18:30** La ratio profesional en las Unidades de Trabajo Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. D. Diego Celdrán Martínez. Trabajador social del Ayuntamiento de Murcia.
- **18:45** Servicios Sociales ante la reforma de la Administración Local. Dña. D. José Luis Ortega Cañavate, Coordinador del Programa de Inmigración del Ayuntamiento de Cartagena, en representación de la Federación de Municipios de la Región de Murcia.
- **19:00** Ley de Servicios Sociales, D. Leopoldo Olmo Fernández-Delgado, Subdirector General de Persona con Discapacidad del IMAS de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- **19:15** La página web de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Murcia. La comunicación como servicio. Dña. Juana Martínez Márquez, Dña. M.^a Felisa González Serrano y Dña. Concepción Perelló Sánchez. Concejalia de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Murcia.
- **19:30** Debate.

20:00 h. Fin de la primera jornada.

Viernes, 17 de noviembre de 2017 | Espacio 1: Auditorio

9:00 h. Apertura de puertas.

9:30 h. Comunicaciones y debate: Trabajo Social y Autonomía Personal.

Modera: Dña. Elvira Medina Ruíz, Vicedecana de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Murcia

- **09:30** Dificultades actuales en barreras de acceso a la comunicación y a la información de las personas sordas. Dña. María José Iniesta Moratón, trabajadora social de ASPANPAL.
- **09:40** Fomento de la autonomía personal desde el Servicio de Teleasistencia Domiciliaria. Dña. Eva María Gaspar Muñoz. Trabajadora social, responsable del centro de atención en Tunstall – Televida.
- **09:50** Trabajo social y autonomía personal desde el CERMI Región de Murcia. Dña. Miriam Carrión Torres, trabajadora social de Aspajunide -FADIS- en representación del CERMI Región de Murcia.
- **10:00** Propuesta de Escala de valoración integral de necesidades de atención en el domicilio (personas mayores, dependientes, discapacitadas, familia/menor). Dña. Rosa María Esteban Palomares. Trabajadora social, coordinadora del Servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes del Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Molina de Segura y profesora asociada en la Facultad de Trabajo Social.
- 10:10 Debate.

10:30 h. Comunicaciones y debate: La situación profesional de trabajo social.

Modera: D. Jon Muruzabal Hidalgo, vicepresidente del Colegio Oficial de Trabajo Social

- **10:30** Análisis de la empleabilidad de los trabajadores y las trabajadoras sociales de la Región de Murcia. Dña. María del Mar Fernández Robles, trabajadora social del Instituto Murciano de Acción Social y D. Enrique Pastor Seller, Profesor Titular de Universidad adscrito al Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.
- **10:40** El riesgo psicosocial en el Trabajo Social. Dña. M.^a Luisa Navarro Medina, trabajadora social, directora de Servicios Sociales de Yecla.
- **10:50** El empleo de profesionales de Trabajo Social en la Atención Primaria de Servicios Sociales y otros ámbitos. Dña. M.^a José Cifuentes Cánovas, trabajadora social de Servicios Sociales de Alhama de Murcia y miembro de la ejecutiva del sector de Administración Local de FSC-RM de CC.OO.
- **11:00** Sindicatos. El Convenio colectivo estatal de acción e intervención social y la PRL.
 - D. Santiago Navarro Meseguer, Secretario General CC.OO. Región de Murcia.
 - D. Francisco Saura Pérez, coordinador sector Comunidad Autónoma de la Región de Murcia CC.OO.
 - D. Juan Guirao, UGT Región de Murcia.

11:30 h. Descanso.

12:00 – 14:00 h. Mesa de debate político.

Modera: D. Javier Pérez Parra, periodista de La Verdad.

- Dña. Inmaculada González Romero, Diputada del Grupo Parlamentario Popular.
- Dña. Consuelo Cano Hernández, Diputada del Grupo Parlamentario Socialista.
- Dña. M.^a Ángeles García Navarro, Diputada del Grupo Parlamentario Podemos.
- D. Juan José Molina Gallardo, Diputado del Grupo Parlamentario Ciudadanos.

14:00 h. Descanso.

16:00 h. Comunicaciones y debate: Trabajo Social e Inclusión Social.

Modera: D. Pablo Egea de Rueda, vocal del Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia.

- **16:00** Vulnerabilidad y exclusión desde entidades sociales. Dña. M.^a Dolores Martínez García, Trabajadora Social en Federación RASINET.

- **16:15** El Trabajo Social en áreas rurales. Dña. Marian Pérez Campoy, trabajadora social del proyecto PONTE EN MARCHA, ¡Empléate! de Columbares; Dña. Sofía Dios Pintado, trabajadora social de Empleajoven de Columbares y Dña. Yanina Mariana Giuliano Fra, trabajadora social del programa ALIQUAM de Columbares.
- **16:30** PROGRAMA LABORA: Itinerarios integrados para la Inserción Sociolaboral de personas en situación o riesgo de Exclusión Social. Dña. M.^a Ceferina De Gea García. Trabajadora social, coordinadora del Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Pilar de la Horadada.
16:45 Prostitución y derechos. Dña. Adelia Cañizares Rivera y Dña. Alhambra Estévez López, trabajadoras sociales de la Asociación CATS (Comité de apoyo a las trabajadoras del Sexo).
- **17:00** Trabajo Social y Refugiados. Dña. María Virginia Sánchez Rivas, trabajadora social para la atención de personas refugiadas.
- **17.15** Retos actuales de la Renta Básica de Inserción. Dña. Josefa Saura Martínez, trabajadora social, jefa del servicio de prestaciones económicas del IMAS.

17:30 h. Descanso.

18:00 h. Comunicaciones y debate: Trabajo social en educación, infancia y familia:

Modera: Dña. Juana Gázquez Egea, trabajadora social del Ayuntamiento de Lorca.

- **18:00** El acogimiento familiar semiprofesionalizado en la Región de Murcia. Dña. Pilar Abellán Botia. Trabajadora Social y Dña. Antonia Sánchez Villaseñor, Psicóloga, de ACOFAMT.
- **18:15** Desprotección Infantil. Investigación en la Unidad de Trabajo Social de "El Carmen" en el año 2015. Dña. Susana M.^a Hernández Sánchez, Trabajadora Social del Ayuntamiento de Murcia y supervisora de prácticas.
- **18:30** Violencia familiar. Diferentes perspectivas. D. José Morales Soriano, trabajador social responsable del SEMAS (Servicio de Emergencia Móvil y Atención Social) y supervisor de prácticas de los alumnos de la Facultad de Trabajo Social de las Universidades de Murcia y Alicante. Dña. Carmen M.^a Gómez Navarro, trabajadora social, profesora asociada del departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.
- **18:45** Debate.

19:00 h. Conclusiones y clausura.

- Dña. M^a Paz García-Longoria Serrano, Decana de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Murcia.

- D. Jon Muruzabal Hidalgo, Vicepresidente del Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia.

19:30 Entrega de diplomas de asistencia y comunicaciones.

**Espacio 2: Aula didáctica
(70 plazas)**



Jueves, 16 de noviembre de 2017

18:00 h. Comunicación: Trabajo social y duelo.

Modera: D. Juan Carrión Tudela, vocal del Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia.

- **18:00** El trabajador social como facilitador de los procesos de duelo. Dña. Eugenia L. Varea Muñoz. Trabajadora Social SEMAS Ayuntamiento de Murcia, Mediadora y Profesora asociada Facultad de Trabajo Social de Murcia.

18:30 h. Comunicaciones y debate: Trabajo Social en el ámbito de la salud.

Modera: D. Juan Carrión Tudela, vocal del Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia.

- **18:30** Recursos socio-sanitarios para las personas con Trastorno Mental Grave (TMG). Dña. Ana Fernández Abril, trabajadora social en el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) de Lorca.
- **18:45** El Trabajo Social en salud como herramienta de participación, promoción y creación de asociaciones de enfermos y familiares. Dña. Inmaculada Brando Asensio, trabajadora social en el Centro de Salud de Atención Primaria de Archena.
- **19:00** Servicio de Información y Orientación sobre Enfermedades Raras (SIO). Dña. Isabel Fernández Aldelguer, trabajadora social técnico del SIO, responsable de la delegación de FEDER Murcia.
- **19:15** Trabajo en red: Vínculos humanos y soporte institucional. Dña. Rosa Ortega Navarro, trabajadora social en UTS de Yecla, Dña. Mercedes Guillén Torres, trabajadora social, Técnica de Gestión del Servicio de Planificación y Evaluación de la Dirección General de Familia y Políticas Sociales.

- **19:30** Debate.

20:00 h. Fin de la primera jornada.

Viernes, 17 de noviembre de 2017 | Espacio 2: Aula didáctica

Modera: Dña. Antonia Sánchez Urios, Vicedecana de la Facultad de Trabajo Social

09:30 h. Comunicaciones y debate: Intervención social.

- **09.30** Mujeres encontradas (vídeo). Dña. Esther Sixto Valera, trabajadora social.
- **09:50** Trabajo social y prácticas narrativas. Dña. Natalia Navarro Ruano, trabajadora social en Ayuntamiento de Los Alcázares, coordinadora de servicios sociales de atención primaria.
- **10:10** Conciliación de la vida personal, laboral y familiar de los cuidadores principales de menores con Fibrosis Quística de la Región de Murcia. Dña. Eva del Baño Sandoval, trabajadora social en la Asociación murciana de Fibrosis Quística de la Región de Murcia y docente e investigadora en el Facultad de Trabajo Social de la UMU.
- **10:30** Dificultades actuales en barreras de acceso a la comunicación y a la información de las personas sordas. Dña. María José Iniesta Moratón, trabajadora social de ASPANPAL.
- **10:50** Fomento de la autonomía personal desde el Servicio de Teleasistencia Domiciliaria. Dña. Ana María Campoy Escámez, trabajadora social en Tunstall-Televida.
- **11:10** Trabajo social y Violencia de Género: Implicación profesional y transversalidad. Dña. Mariló Sánchez Juárez, trabajadora social, técnica responsable de la Dirección General de Mujer e Igualdad de Oportunidades de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

11:30 h. Comunicación: Multifuncionalidad en trabajo social: ¿Qué funciones desempeñamos los trabajadores sociales y cuales queremos realizar? Dña. Carmen Tristante Ortiz, trabajadora social en ONCE Murcia y profesora asociada de la Facultad de Trabajo Social de Murcia.

16:00 h. Comunicaciones y debate: Trabajo social en educación, infancia y familia.

Modera: Dña. Mariola Cabanes Aracil, vocal del Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia.

- **16.00** Actuación e intervención desde los Equipos de Atención a la situación de Dependencia (EIADES) en el Ayuntamiento de Murcia: Una reflexión desde la praxis profesional. D. Enrique Cifuentes Díaz, trabajador social EIADE del Ayuntamiento de Murcia, Dña. Cristina Gistau Valasco, Dña. Ana García-Estañ

Forn, Dña. M^a del Pilar Andújar Rodríguez, Dña. Amparo Morales Hernández-Ardieta y Dña. M^a Isabel Soto Carrasco, trabajadoras sociales EIADE del Ayuntamiento de Murcia.

- **16:20** Análisis del impacto del Proyecto de atención a casos de desprotección infantil en el Ayuntamiento de Murcia. Dña. Isabel M.^a Soler Luján, trabajadora social del Ayuntamiento de Murcia. Dña. Raquel Torralba Planes, trabajadora social del Ayuntamiento de Murcia y profesora asociada del Departamento de Sociología y Trabajo Social de la Universidad de Murcia.
- **16:40** Nueva metodología de protección a la infancia. El Trabajo en Red. Dña. María Fuster Martínez, psicóloga social y clínica del Centro de Servicios Sociales de Atención Primaria de Lorquí y responsable de programas de infancia, adolescencia y familia (Programa CAI, Ciudades Amigas de la Infancia). Dña. Isabel Sánchez Ramírez y Dña. Sara Díez Ortin, Trabajadoras Sociales de UTS del Centro de Servicios Sociales de Atención Primaria de Lorquí. Dña. Maite Guillén Fernández, Trabajadora Social y Directora del Centro de Servicios Sociales de Atención Primaria de Lorquí.
- **17:00** Cuentoterapia y trabajo social. Dña. M.^a Ángeles López Muñoz, trabajadora social en equipo de intervención familiar de la Concejalía de Servicios Sociales y Mediación del Ayuntamiento de Cartagena.

17:30 – 18:00 Video Nueva metodología de protección a la infancia. El Trabajo en Red.

18:00 h. Comunicaciones y debate: **El Trabajo Social en el marco del ámbito de la Justicia. Función pericial y mediación.** Modera: Dña. Iluminada Pardo, vocal del Colegio Oficial de Trabajo Social, trabajadora social de la Unidad de valoración del IML y CCFF de Murcia, mediadora familiar y coordinadora Judicial de la Sección de Familia de la UMIM.

- Dña. María Ángeles Fernández Diaz-Munio, Fiscal de familia.
- Dña. María José Cremades Espinosa, trabajadora social de la Unidad de Valoración del IML y CCFF de Murcia.
- D. Fernando Florit de Carranza, Fiscal decano de Familia y Protección de Personas con Discapacidad de la CARM.

Espacio 3: Sala de exposiciones
(algunas mesas y sillas, pero con tránsito libre)



Viernes, 17 de noviembre de 2017 | Espacio 3: Sala de exposiciones

09:30-10:30 h. Información sindical:

- 09:30 Información sindicatos UGT
- 10:00 Información sindicatos CCOO

11:00 – 11:30 Café – tertulia: Prostitución y derechos. Dña. Adelia Cañizares Rivera y Dña. Alhambra Estévez López, trabajadoras sociales de la Asociación CATS (Comité de apoyo a las trabajadoras del Sexo).

(11:30-14:00 ESPACIO PRINCIPAL Y 14:00 a 16:00 h. DESCANSO)

16:00-17:30 h. Café - tertulia:

- **16:00** Fenómeno “NI-NI-NI”: apatía y claudicación social en jóvenes. Cómo responder desde la Intervención Social. Dña. Rosa Ortega Navarro, trabajadora social de UTS del Centro de Servicios Sociales de Yecla. Dña. Antonia María Díaz Galipienso, educadora social responsable del programa “Educar en la Calle” del Ayuntamiento de Yecla.
- **16:30** Protocolo: Emergencias sociales en personas mayores o adultos con enfermedad mental. Dña. M.^a José Palao Gil, Dña. Rosa Ortega Navarro y Dña. Nuria Martínez Vallejo, trabajadoras sociales de UTS del Centro del Servicios Sociales de Yecla.
- **17:00** Inmigrantes de segunda generación: Las políticas de integración a debate. Dña. Rosa Ortega Navarro, trabajadora social de UTS del Centro de Servicios Sociales de Yecla. Dña. Antonia María Díaz Galipienso, educadora social responsable del programa “Educar en la Calle” del Ayuntamiento de Yecla.

17:30 Descanso

18:00 – 18:30 Taller ¿Te puedo contar un cuento? Dña. M.^a Ángeles López Muñoz, trabajadora social en equipo de intervención familiar de la Concejalía de Servicios Sociales y Mediación del Ayuntamiento de Cartagena.

9. PONENCIAS, COMUNICACIONES

9.1. Espacio 1: Auditorio

9.1.1. EL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES

LA RATIO DE POBLACIÓN POR TRABAJADOR SOCIAL EN LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

D. Diego Celdrán Martínez

Trabajador Social del Ayuntamiento de Murcia

RESUMEN

La comunicación trata de aproximarse a la ratio de población idónea por trabajador social de unidad de trabajo social (UTS), dentro del ámbito de las Entidades Locales en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM). Para ello se revisa la legislación en materia de Servicios Sociales, se analizan las funciones que tienen encomendadas los trabajadores sociales de UTS en la CARM y los tiempos que les dedican a las mismas. A partir de esas premisas se presentan parte de los resultados de una investigación que se desarrolló entre 2014 y 2015 y que utilizó el análisis de fuentes secundarias, la realización de entrevistas semiestructuradas a informantes clave y el cuestionario al colectivo de trabajadores sociales de UTS.

Palabras clave: Investigación, Región de Murcia, Unidad de Trabajo Social, Trabajadores Sociales, Ratio Profesional.

Sobre la necesidad de establecer ratios de población para los trabajadores sociales ha habido demandas desde el primer congreso sobre el sistema público de servicios sociales (Gutierrez Resa 2001:12), fruto de esas demandas, paulatinamente, la mención a la ratio profesional ha ido apareciendo en las leyes autonómicas de servicios sociales, aunque el compromiso de exigencia y el desarrollo posterior se realiza sólo en tres Comunidades Autónomas.

No obstante, no se ha encontrado mayor aval para fijar una ratio u otra, que la estimación “a vuela pluma” de colegios profesionales o de los propios legisladores. Este trabajo nace de la observancia de ese vacío y de la consideración de que de nada sirve orientar hacia nobles fines los servicios sociales públicos, si no se planifican los recursos humanos necesarios para conseguir los objetivos que se diseñan.

1.- LA RATIO EN LAS LEYES DE SERVICIOS SOCIALES

Los elementos configuradores del sistema de Servicios Sociales que contemplan las leyes autonómicas en España se han venido centrando en los conceptos y el diseño de servicios, fundamentalmente. La mirada en torno al compromiso de obligarse a cumplir los objetivos, dotándose de los recursos humanos necesarios para ello no ha

sido abordada. La determinación de la ratio profesional puede considerarse un indicador de calidad para evaluar la regulación legislativa en esta materia, además de constituir una legítima reivindicación profesional. De hecho sorprende que, siendo una demanda tan repetida se haya desarrollado tan pobremente.

La mención a la ratio profesional en la legislación autonómica aparece en 10 de las 17 leyes autonómicas de servicios sociales, pero lo que se observa es, bien la escueta consideración como indicador, como criterio de calidad, como factor sancionable, bien su mención e inmediata postergación a instrumentos posteriores de planificación o a un futuro acuerdo entre administraciones que no acaba materializándose. Este abordaje se puede calificar de limbo normativo, donde se contempla la ratio profesional de un modo enunciativo, sin que se produzca posterior desarrollo. Su definición concreta sólo se realiza en Baleares (1 trabajador social por cada 5.000/7.500 habitantes, según el decreto 48/2011, de 13 de mayo); Cataluña (tres trabajadores por cada 15.000 habitantes, según el decreto 142/2010, de 11 de octubre) y Navarra (tabla nº1) siendo esta última la que regula con mayor detalle.

Población	Acogida	Autonomía Dependencia	Infancia	Incorporación Social	Total
-5.000 hab.	0,75 TS 1 ADM	0,25TS 2 TTFF	0,25 ES	0,25 ES	1 TS 1 ADM 2 TF 0,5 ES
5.000/7.500	1 TS 1 ADM	0,50TS 2,5 TTFF	0,50 ES	0,50 ES	1,5 TS 1 ADM 2,5 TF 1 ES
7.500/10.000	1 TS 1 ADM	0,50TS 3 TTFF	0,25 TS 0,50 ES	0,25 TS 0,50 ES	2 TS 1 ADM 3 TF 1 ES
10.000/15.000	1,25 TS 1 ADM	0,75TS 3,5 TTFF	0,25 TS 0,75 ES	0,25 TS 0,75 ES	2,5 TS 1 ADM 3,5 TF 1,5 ES
15.000/20.000	1,5 TS 1,5ADM	1 TS 4 TTFF	0,50 TS 1 ES	0,50 TS 1 ES	3,5 TS 1,5 ADM 4 TF 2 ES
20.000/30.000	1,5TS 1,5ADM	1 TS 4,5 TTFF	0,75 TS 1,25 ES	0,75 TS 1,25 ES	4 TS 1,5 ADM 4,5 TF 2,5 ES
30000	2TS 1,5ADM	1 TS 5 TTFF	0,5 TS 1 ES	0,5 TS 1 ES	4 TS 1,5 ADM 5 TF 2 ES

Ts= trabajador social; Adm=administrativo; TF=Trabajador familiar; ES=Educador social

Tabla nº1: Configuración de los equipos mínimos interprofesionales en relación a los programas de atención. Fuente Decreto Foral 32/2013, de 22 de mayo.

2.-LA REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN LA CARM. LAS FUNCIONES PROFESIONALES EN LAS UTS.

La mención a la ratio profesional no aparece en la actual ley de servicios sociales de la CARM. Tampoco se ha visto desarrollada en el Plan Regional de Servicios Sociales de la CARM, ese que anuncia la ley 3/2003 de los Servicios Sociales en la CARM y que en 14 años no se ha diseñado, ese que proclama el artículo 20 de nuestra ley de Servicios Sociales como la expresión de la política de servicios sociales a desarrollar por las administraciones públicas en la CARM.

Dicho plan es el que debiera contener el diagnóstico de la situación social, el análisis e identificación de los problemas, los objetivos a alcanzar, el calendario general de actuaciones, los programas a desarrollar, los órganos encargados de su ejecución, los recursos que han de destinarse a su financiación y los mecanismos de evaluación sistemática y continuada de los distintos programas, garantizando la participación social, y en él, bien pudiera recogerse la cuestión de la ratio profesional. Sin embargo no hay tal. En Enero de 2016 se publican las líneas estratégicas de acción social (LEAS) que en principio servirán de base para un futuro plan, no obstante uno de los objetivos de esas líneas es el diseño de una nueva ley, por lo que cualquier variación es posible. En todo caso nada hay en las LEAS sobre ratio profesional.

De esta forma, para acercarnos a lo que se dedican hoy los trabajadores sociales de UTS en la CARM, cabe atender a las funciones principales que figuran en el Convenio tipo que la CARM firma a tal efecto con las Entidades Locales, a saber:

F1: Ofrecer información, orientación y asesoramiento a las personas en relación a los derechos y los recursos sociales. Atención al público.

F2: Proponer, establecer y revisar el programa individual de atención a la dependencia.

F3: Intervenir en los núcleos familiares o convivenciales en situación de riesgo social.

F4: Impulsar y desarrollar proyectos de promoción comunitaria y programas transversales de protección social.

F5: Gestionar la solicitud de prestaciones y servicios.

F6: Aplicar protocolos de prevención y de atención ante malos tratos a personas de los colectivos más vulnerables.

F7: Coordinarse con los servicios sociales especializados, con los equipos profesionales de los demás sistemas de bienestar social, con las entidades del mundo asociativo en relación a demandas recibidas en Información, valoración y asesoramiento .

F8: Valoración social de las situaciones de las personas y/o familias inmigrantes. Emisión en su caso, de informes necesarios para obtener la autorización de residencia.

F9: Seguimiento y apoyos personalizados en el marco de determinadas prestaciones económicas y/o como consecuencia del abordaje propio del tratamiento de casos individuales.

F10: Prevención, información y promoción, en materia de menores, así como intervención y seguimiento de aquellos casos que requieran actuaciones en su propio medio.

Así pues, en el acercamiento a la relación población/profesional, si el trabajador social de UTS puede cubrir el conjunto de esas funciones, habrá que analizar la demanda que asume con frecuencia en relación a cada una de esas funciones y a partir de ahí evaluar cantidad y calidad.

3.-INVESTIGACIÓN SOBRE LA RATIO PROFESIONAL EN LA CARM (2015).

3.1.- METODOLOGÍA

3.1.A.- Se practicaron 11 entrevistas semiestructuradas con informantes clave. Se trataba de pulsar ideas y opiniones sólidas desde una mirada externa, ya que se trata de profesionales que son conocedores en profundidad del trabajo social en UTS pero no trabajaban (salvo un caso de reincorporación reciente) en esa ubicación.

3.1.B.- A finales de Septiembre de 2014 se remitieron 145 cuestionarios por correo de acuerdo con el censo de trabajadores sociales de UTS que ejercen en la CARM, obteniendo 41 respuestas hasta la fecha de cierre, 15 de Enero de 2015. El cuestionario trató de conocer la opinión de los actores principales acerca de la ratio que tienen y la que consideran idónea en su desempeño profesional, también sobre las funciones y distribución de tiempos que contemplan en su trabajo diario.

3.2.- RESULTADOS

3.2.A.- FUNCIONES DEMANDADAS/FUNCIONES REALIZADAS: Información de los informantes clave y los trabajadores sociales de UTS.

Tanto a los informantes clave como en los cuestionarios por correo enviados, se pidió que los participantes expusieran los tiempos que a su juicio se dedicaban a las 10

funciones referidas de forma habitual, y qué tiempos opinaban que habría de dedicarles a esas mismas funciones en un supuesto ideal.

Como se puede observar en el gráfico n°1 se da una sobredimensión de las función n°1: Ofrecer información, orientación y asesoramiento a las personas en relación a los derechos y los recursos sociales, y también de la función n°5: Gestionar la solicitud de prestaciones y servicios.

Igualmente las funciones en las que de nuevo ambos grupos coinciden que se desarrollan menos, y habrían de hacerlo más, son la función número 3: Intervenir en los núcleos familiares o convivenciales en situación de riesgo social; y la función n°4: Impulsar y desarrollar proyectos de promoción comunitaria y programas transversales desprotección social. También en menor medida respecto a las funciones n°9: Seguimiento y apoyos personalizados en el marco de determinadas prestaciones económicas y/o como consecuencia del abordaje propio del tratamiento de casos individuales; y n°10: Prevención, información y promoción, en materia de menores, así como intervención y seguimiento de aquellos casos que requieran actuaciones en su propio medio.

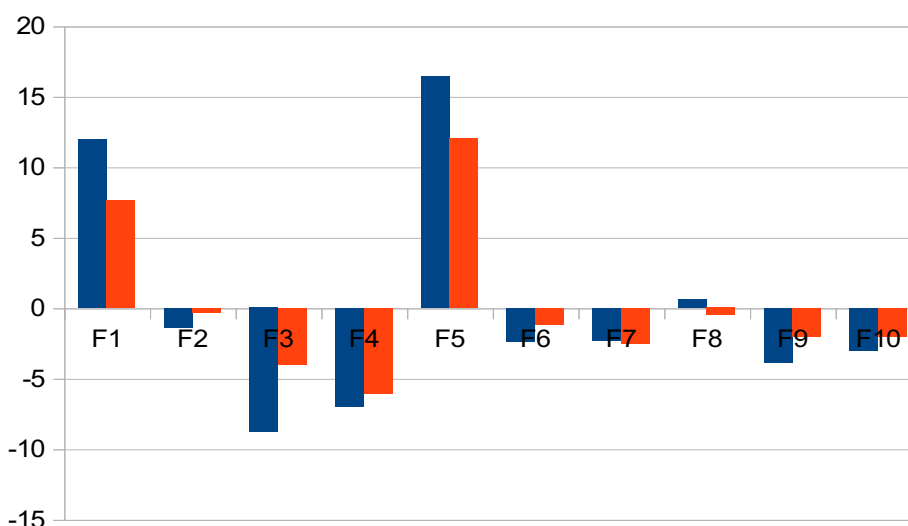


Gráfico n°1: Diferencias entre los tiempos actuales e ideales de dedicación a las funciones que recoge el convenio con la CARM. Fuente: Entrevistas **informantes clave (primera columna)** y cuestionario **trabajadores sociales de UTS (segunda columna)**.

Por tanto no es arriesgado afirmar que hay dos funciones principales sobre las que gira la actividad de los trabajadores sociales de UTS y que su exigencia no permite que otras actuaciones propias se desarrollen en la medida que sería deseable que lo hicieran.

3.2.A.1- CAUSAS DEL DESFASE

Sobre las causas entre la actividad habitual y la ideal, las causas que apuntaron los informantes clave se puede recoger en dos bloques argumentales principales.

Una Organización volcada en la gestión

Se hacen referencias a que los plazos, las prisas en la gestión dificultan actuaciones de otro tipo (IC1), que no se observa que haya reconocimiento ni exigencia institucional hacia otro tipo de trabajo que no sean los “expedientes” (la demanda de prestación o servicio en su formato administrativo) (IC1) “El sistema no da otra salida” (IC10). Se comenta la dificultad para hacer otra cosa que la gestión ingente de la demanda “ hay mucha presión, se ha montado todo sobre el sacar , sacar la demanda (IC5). “No es tanto en cuanto a la tarea sino en cuanto a la prioridad y el volumen” (IC6), “las diferencias son de calidad, intensidad “ (IC7). El hecho de que la atención al ciudadano esté acotada a un tiempo escaso “no hay suficiente tiempo en la atención de la cita previa, se pone la directa y listo” (IC2). La priorización de aspectos cuantitativos y no cualitativos (IC4), el abandono del trabajo en equipo fruto de la descentralización y de la aparición paulatina de programas con los que no se tiene la coordinación que se debiera (IC4). Se apunta a que el esquema de funcionamiento dota de un perfil al profesional que hace en exclusiva de puerta de entrada y motiva que haya una pérdida del propio valor profesional (IC6), que las prioridades institucionales están volcadas en satisfacer necesidades expresadas, casos concretos (IC6). Se expone que la estructura organizativa determina la ratio que se atiende, que la UTS no puede ser un saco sin fondo donde se atienda según el momento profesional de carga de trabajo, ¿por qué va a tener más derecho alguien a que se actúe con él a medio plazo y se le quite tiempo de atención a otro para actuar a corto plazo? (IC7).

La Ausencia de Modelo

Podría contemplarse este otro grupo de argumentos en el anterior, pero las insistentes referencias metodológicas y sus implicaciones merecen que se separe de elementos organizativos más elementales. “No hay un modelo de referencia en los servicios sociales de Atención Primaria ni estatal ni autonómico”, “Hay una ausencia de modelo integrado que clarifique que son los servicios sociales (todo el mundo sabe de lo social)” (IC6).“Las UTS se han confundido con la Atención Primaria en Servicios Sociales, no hay un modelo de atención que pertenezca a la idea que el Centro de Servicios Sociales quiere desarrollar, las UTS no están entroncadas en un proyecto de Centro, no hay una visión de equipo de Centro” (IC3). “Desapareció el programa de trabajo social de zona, se abandonó por la gestión y el modelo de atención del sistema no era ese”(IC3). Hay una pérdida de referencias profesionales ¿Cual es el papel? (IC3).“Hay que sacar estadísticas, se interviene en lo urgente, no

hay prevención” (IC5). “Hay gente en tierra de nadie, no entra en un programa de familia ni de inclusión y en la UTS no tiene cabida, no puede ser un saco sin fondo” (IC7). Las necesidades cambian pero los Servicios Sociales no han estado a la altura, falta flexibilidad, la estructura y la administración de recursos no fue suficiente (IC6). “Ahora hablamos de recuperar el Programa de Trabajo social de Zona, ¡hay que joderse!, pero es que se perdió”(IC 7). “ Ahora entiendo el cambio de concepto de servicios sociales Comunitarios a Servicios Sociales de Atención Primaria” (IC9).

El conjunto de estas referencias muestra un vacío, cuando en las UTS se puede actuar más allá de la información y la gestión, ¿qué enfoque se ha de adoptar?, ¿qué metodología asumir?. Los programas de los Centros de servicios sociales, para familias, inclusión u otros, tienen un modelo metodológico de referencia, ¿cual es en el caso de la intervención desde las UTS?.

3.2.B.- FACTORES RELEVANTES EN UNA RATIO DE CALIDAD

3.2.B.1.- Información de los informantes clave

Todos los entrevistados respondieron afirmativamente cuando se les preguntó acerca de si consideraban de importancia la ratio y si esta condicionaba a su juicio el desempeño de los trabajadores sociales en UTS; pero también quedo claro que la ratio no determina en exclusiva la capacidad operativa. Junto al factor numérico (estiman 6.000 habitantes/trabajador social), se muestra una visión integrada por la confluencia de elementos profesionales de relevancia para los profesionales, la ratio variaría en base a esos otros elementos que (por ser en los que más consenso se observa por parte de los profesionales entrevistados) serían : infraestructura básica, un volumen de demanda asumible, filtros en la atención y la presencia de profesionales y programas específicos de apoyo.

3.2.C.- DETERMINACIÓN DE UNA RATIO DE REFERENCIA

A los trabajadores sociales de UTS se les preguntaba en relación a su ratio actual y también la que considerarían idónea a nivel general como medida para una UTS estándar. Los resultados muestran diferencias según la ratio que se tenga (gráfico n°2).

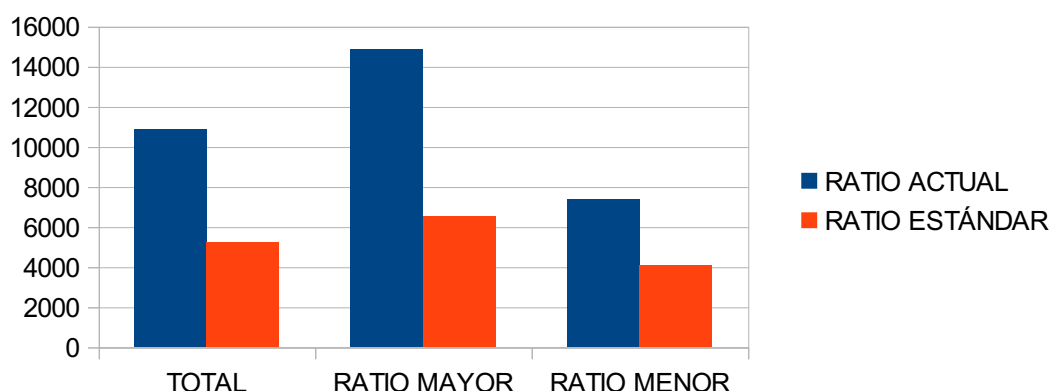


Gráfico n°2: Diferencias, según ratio que soportan, sobre la ratio adecuada para cualquier UTS. Fuente: Cuestionario trabajadores sociales de UTS.

En términos generales los encuestados sitúan la ratio estándar ideal en 5205 habitantes por trabajador social, un 52% menos de lo que tienen de media los que remiten el cuestionario (10843 habitantes). De entre ellos, los de ratio superior a 10.000 sitúan la ratio estándar ideal en 6500 habitantes, 56% menos de lo que tienen y los que tienen ratio inferior a 10.000 la sitúan en 4085 habitantes un 44% menos de habitantes de los que tienen.

4.- DISCUSIÓN

Si a la luz del análisis expuesto tuviéramos que trazar un perfil de los trabajadores sociales de las UTS en la atención primaria de la CARM podríamos referir que son profesionales con sobrecarga en tareas relativas a la información y la gestión de servicios y prestaciones que la ciudadanía demanda, con sensación de desconexión con la estructura del centro al que pertenecen, por una carga laboral desequilibrada que dificulta actuaciones y funciones de “intervención social”, labor para la que en principio habría de estar configurado su puesto de trabajo.

En todo caso los profesionales consultados sitúan el origen de este desequilibrio en el devenir de los servicios sociales de atención primaria y en la ausencia de un modelo metodológico de trabajo para el abordaje del tratamiento social desde las UTS, reclamando mayor conexión de las mismas con el conjunto del centro de servicios sociales donde están ubicadas.

En relación a la determinación de una ratio profesional los aspectos cualitativos se observan tan importantes como los cuantitativos, el hecho de contar con una infraestructura básica, volumen de demanda asumible, filtros en la atención,

presencia de programas específicos y otros profesionales de apoyo es de necesaria observancia para configurar una UTS.

Contando con lo anterior, la investigación muestra coincidencia, entre los informantes clave y los trabajadores sociales de UTS consultados, alrededor de la cifra de 5500 habitantes por trabajador social, matizándose que en atención a las circunstancias de cada UTS esta cifra ha de verse ajustada.

5.- PROPUESTAS DE MEJORA

De la información que se obtuvo en el cuestionario, pero especialmente de la conseguida de los informantes clave y de su cotejo con el análisis de fuentes documentales se extraen las siguientes medidas:

1.- Sería oportuno contar con un documento de referencia en las UTS, a modo de mapa de la UTS donde se recojan, no solo en base a los datos de intervención que ofrece el SIUSS, las necesidades sociales que se observan en el tejido social, la presencia del tercer sector en la zona, los recursos observados, las principales actuaciones de coordinación respecto de trabajo en red y los contactos personales y profesionales de relevancia para ello, en definitiva, un diagnóstico social de la zona mas allá de los datos cuantitativos que ofrece el sistema de registro.

2.- Es precisa una mirada renovada respecto de las UTS, ajustar sus funciones, equilibrarlas para que permitan el desarrollo profesional y se rentabilice a personal cualificado en tareas de actuación más allá de la gestión. Se pueden emplear fórmulas como: apoyo de administrativos que asuman información sobre aspectos meramente burocráticos, informaciones grupales, atención telefónica especializada en momentos puntuales o mecanismos de depuración de la demanda hacia la UTS podrían ser implementados.

3.- Se ha de habilitar un espacio para el trabajo social. El cifrado que ofrece la investigación y que permitiría una atención más integral es de 5500 habitantes por trabajador social de UTS. Si atendemos a la media regional que se daba en 2014 (4.534 en los municipios de menos de 20.000 habitantes, 10.727 en municipios de más de 20.000 habitantes y una media regional global de 7.651 habitantes por trabajador social) parece claro que habrían de revisarse estas cifras, por lo que es manifiesta la necesidad de mayor número de recursos humanos. Y este aspecto tiene la suficiente relevancia como para exigir su regulación legislativa.

4.- El establecimiento de una ratio de calidad no impide la flexibilidad, es preciso realizar ajuste en base al tipo de población y al número y tipo de la demanda que caracteriza cada zona de atención. La estructura de las UTS, el número y tipo de profesionales ha de responder a un análisis de las necesidades de cada zona y ha de analizarse y evaluarse de forma periódica.

5.- Las UTS no pueden ser un saco sin fondo, el argumento de los programas para depurar perfiles para el acceso a los mismos es necesariamente extrapolable al abordaje de trabajo individual o familiar en las UTS. Debe ajustarse el acceso a ese otro nivel de intensidad y para ello se precisa un modelo metodológico de actuación claro, que aún resultando flexible a la realidad y necesidades sociales de cada zona, se constituya en una referencia nítida y asumida por las profesionales.

6.- Las UTS deben tener mayor imbricación en la estructura del Centro de Servicios Sociales de referencia, habilitando coherencia y conexión entre sus partes, la transversalidad de programas de trabajo comunitario es una opción muy señalada, también el necesario apoyo e implicación de los responsables en la dirección y coordinación de las actuaciones profesionales.

6. BIBLIOGRAFÍA

Decreto foral 32/2013, de 22 de mayo, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la Ley Foral de Servicios Sociales en materia de Programas y Financiación de los Servicios Sociales de Base. Boletín Oficial de Navarra número 112 de 13/06/2013.

Gutierrez Resa A. 2001. “El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en España”. Revista española de investigaciones sociológicas, N° 93, 89-130.

Ley 12/2007 de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña. BOE número 266 de 06/11/2007.

Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears. BOE número 163 de 7/07/2009.

Ley 3/2003 de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. **BOE número 35 de 10/02/2004.**

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Memoria del Plan Concertado de 20012-2013.<http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/planconcertado>

Servicio de Planificación y Evaluación de la Dirección General de Política Social de la Consejería de Sanidad y Política Social de la CARM. (2014). Documento: Informe sobre la situación de los Servicios Sociales en las Entidades Locales de la Región de Murcia. (Estudio de la aplicación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local). Visto en: <http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=103777&IDTIPO=60>

NOTAS SOBRE EL BORRADOR DE ANTEPROYECTO DE LA NUEVA LEY DE SERVICIOS SOCIALES DE LA REGIÓN DE MURCIA

D. Leopoldo Olmo Fernández-Delgado

Doctor en Derecho

Subdirector General de Personas con Discapacidad del Instituto Murciano de Acción Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

1. Introducción

El Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia, aprobado por Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, atribuye, en su artículo 10, uno, 18, a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva en el ámbito de los servicios sociales.

En el ejercicio de la misma, se han promulgado dos leyes en este ámbito; la primera de ellas, la Ley 8/1985, de 9 de diciembre, puso las bases de los Servicios Sociales en la Región de Murcia, perfilando un modelo y estableciendo lo que serían los objetivos fundamentales de la actuación administrativa.

Posteriormente, la Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia adaptó la política social a los nuevos tiempos y abrió la posibilidad de gestión de los servicios a toda la iniciativa social.

Pero, desde entonces, han cambiado las circunstancias, incluso desde el punto de vista legislativo, como la aparición de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y esta sociedad dinámica, plantea nuevos retos y demanda respuestas de la Administración.

De este modo, se ha hecho necesaria la redacción de una nueva ley de servicios sociales, que haga frente a las nuevas exigencias.

2.- Notas fundamentales del borrador de Anteproyecto de la nueva ley de servicios sociales de la Región de Murcia.

Ante la necesidad de dar respuesta a los recientes desafíos, se plantea determinar qué tipo de ley se quiere promulgar y se considera que el tipo de ley a desarrollar sería de las denominadas de “tercera generación”.

¿Qué significación tiene este tipo de leyes? Lo que caracteriza a las mismas es que se reconocen como derechos subjetivos determinadas prestaciones, pudiendo exigirse ante tribunales y en el ámbito administrativo, esto es, la concepción antitética de la antigua beneficencia.

Esto es, determinadas prestaciones no van a estar vinculadas, para su concesión, a que exista o no la dotación presupuestaria correspondiente.

Al respecto, en una reciente entrevista, el catedrático de la Universidad Autónoma de Barcelona, Juan Subirats, afirmaba que “si se condicionan las ayudas sociales a los presupuestos, ya no son un derecho”.

Plasmando esta filosofía en un texto legal, el borrador va a establecer un elenco de prestaciones garantizadas, como la renta básica de inserción, la atención temprana dirigido a niños con discapacidad o con riesgo de padecerla, los servicios y prestaciones del Sistema de la Dependencia o el servicio de teleasistencia para las personas de más de ochenta años.

Además de esta novedad, se pueden enumerar las siguientes:

-Instauración del Catálogo de servicios sociales, como instrumento en el que se determinan, ordenan y califican las prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales, diferenciándose entre las que se reconocen como garantizadas de las que no lo son.

-Establecimiento de la historia social única, que contendrá toda la información referente a la situación y evolución de la persona usuaria del Sistema Público de servicios sociales, así como del Plan de Atención Social, que es la herramienta diseñada para garantizar una adecuada atención acorde con la valoración social de la persona, familia o unidad de convivencia, los objetivos a alcanzar y los medios disponibles, además de las acciones específicas orientadas a fomentar, en su caso, la inclusión personal, social, educativa y laboral.

-La organización territorial del sistema público se distribuirá entre áreas y zonas básicas de servicios sociales.

-Constitución del profesional de referencia; a cada persona que acceda al Sistema Público de Servicios Sociales se le asignará un profesional de referencia, con la finalidad de asegurar una intervención global e integral.

-Se fomenta la participación ciudadana a través del uso de las tecnologías de la información, el uso intensivo de internet y las redes sociales.

-Se crea el Plan de calidad e innovación como instrumento básico para asegurar el desarrollo y aplicación de los criterios de calidad y la mejora continua en materias de servicios sociales.

-Se obliga a las Administraciones Públicas a que promuevan la investigación científica como instrumento para la mejora continua de la calidad de los servicios sociales.

-Se establece un régimen de infracciones y sanciones que va a afectar no sólo las personas y entidades prestadores de servicios sociales, sino también a las personas usuarias de servicios o beneficiarias de prestaciones.

3.- Los profesionales de servicios sociales en el borrador del Anteproyecto de nueva ley de servicios sociales

Supone una novedad del texto el que se dedique un capítulo, el II, dentro del Título IX, Calidad de los servicios sociales, a los profesionales de los servicios sociales.

En el mismo, se definen como tales aquellos que tienen como dedicación principal desarrollar actividades relacionadas con las funciones de los servicios sociales descritas en la ley.

Estos profesionales gozarán de autonomía técnica en el ejercicio de sus funciones, sin más limitaciones que las establecidas por la Ley y sin perjuicio de su integración en equipos multidisciplinar y, en su actuación se ajustarán a los principios de calidad, eficiencia y eficacia, así como a los deberes de la ética y la deontología profesional.

Se establecerán reglamentariamente las titulaciones y cualificaciones idóneas para el ejercicio de la actividad profesional.

El texto hace especial referencia a la actuación formativa, que será uno de los contenidos del Plan de Calidad e innovación, debiendo prestarse atención a la organización de programas de formación permanente y continuada.

Asimismo, se enumera un elenco de derechos y deberes de los profesionales de servicio sociales, como los siguientes:

a) El derecho y el deber a una formación continua y adecuada al contenido de la actividad que hayan de desarrollar, y a conocer las herramientas técnicas y tecnológicas que hayan de emplear para ello.

b) El derecho y el deber de formar parte de los órganos de participación y a intervenir en los procesos de evaluación de los servicios, en los términos y condiciones previstos normativamente.

c) El derecho a contar con los medios y apoyos necesarios para desarrollar su actividad con calidad, eficacia y eficiencia.

d) El derecho al reconocimiento y acreditación de sus competencias profesionales.

e) El derecho a gozar del respeto y el apoyo debidos y en concreto, a que las administraciones competentes en materia de servicios sociales adopten las medidas

pertinentes para la prevención y atención de las situaciones de riesgo derivadas de su trabajo, garantizando su integridad.

f) El deber de dispensar a las personas usuarias de los servicios sociales, a los responsables de estos servicios y a los demás profesionales un trato digno y correcto, protegiendo su intimidad, y el derecho a ser tratado por todos ellos con respeto y corrección.

g) El deber de contribuir a través de su práctica profesional al logro de los resultados sobre el empoderamiento de las personas para el pleno desarrollo de sus capacidades, la mejora de la calidad de vida y el bienestar social de la población.

h) El deber de conocer y cumplir la normativa reguladora en materia de servicios sociales y, de modo particular, aquellas normas que afectan a los servicios y programas en los que desempeña su actividad profesional.

Por último se obliga a la Consejería competente a promover, junto a las organizaciones profesionales, a elaborar un Código de Ética Profesional que garantice la reflexión ética en la práctica de la intervención social, el efectivo ejercicio de los derechos de las personas usuarias y el cumplimiento de los principios rectores del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

LA PÁGINA WEB DE SERVICIOS SOCIALES DEL AYUNTAMIENTO DE MURCIA. LA COMUNICACIÓN COMO SERVICIO

EL DERECHO A LA INFORMACIÓN COMO PRESTACIÓN BÁSICA DE SERVICIOS SOCIALES

Dña. Juana Martínez Márquez

Dña. M.^a Felisa González Serrano

Dña. Concepción Perelló Sánchez.

Concejalía de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Murcia

Palabras clave: Servicios Sociales municipales, responsabilidad pública, información y comunicación

Introducción

Los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Murcia, desde el año 2004 disponen de una página web, dotada en su momento de gran funcionalidad, que se ha ido manteniendo actualizada precisando modificaciones en su diseño y estructura original.

En el año 2016, se abre una nueva etapa a nivel organizativo de la Concejalía, que ha posibilitado acometer el necesario trabajo de rediseño total de la Web, con el apoyo y participación de la dirección política y técnica para este proyecto.

El proceso de trabajo se ha desarrollado en equipo, contando con las aportaciones de los profesionales de servicios sociales, la implicación del servicio de informática y el trabajo de una empresa externa de información y comunicación.

Hay un planteamiento central que sustenta este proyecto de renovación de la Web: si en cualquier ámbito profesional tiene un papel clave la información y comunicación sobre los servicios que se ofrecen, esto lo es aún más en el sistema de servicios sociales, donde la información es una prestación básica para que los ciudadanos/as conozcan sus derechos, los recursos sociales disponibles y la forma de acceso y participación en los mismos. Es en este sentido en el que entendemos **la comunicación como un servicio**.

Desde esta premisa, el trabajo de planificación y desarrollo de la web se ha focalizado en estructurar y desarrollar sus contenidos con orientación principal a la ciudadanía, facilitando el conocimiento y acceso a los servicios. Se pretende con la web visibilizar los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Murcia, como **servicio público, cercano y accesible**, definiendo su **cometido esencial** en el apoyo para la autonomía de las personas y la promoción social.

La web apuesta por un enfoque de Servicios Sociales para todas las personas y facilita desde su página de inicio la información clave sobre qué servicios se ofrecen, a quiénes se dirigen, dónde acudir y cómo se accede. Se ha elaborado un conjunto de

información amplia al que se accede desde una estructura simple que facilita la consulta de las prestaciones y servicios, los centros, información corporativa, actualidad, documentación, normativa y entidades sociales con las que se trabaja en el municipio de Murcia.

Objetivos del Proyecto.

- Presentar la información orientada a la ciudadanía y complementariamente a otras administraciones y entidades sociales.
- Facilitar desde la página de inicio el conocimiento y acceso a los servicios sociales del Ayuntamiento de Murcia.
- Mostrar los contenidos de modo independiente a la estructura organizativa de la Concejalía, para hacer más cercanos y accesibles los servicios sociales a las personas. (Una organización descentralizada pero no fragmentada).
- Trasladar a la ciudadanía una visión de los servicios sociales municipales acorde con la finalidad del sistema.

Para ello consta de las siguientes **características y novedades:**

- Pensada para facilitar la navegación mediante un diseño limpio y una estructura simple que permita la consulta intuitiva y rápida del conjunto de información relevante.
- Estructura simplificada de la información (pocos apartados) que facilita el acceso directo (menor número de clics) a unos contenidos amplios, prácticos y actualizados.
- Contenidos redactados en un lenguaje más accesible.
- Cumplimiento de las pautas de accesibilidad doble_A, de acuerdo con la normativa.
- Preparada para la publicación progresiva de documentos en lectura fácil.
- Posibilita la descarga de modelos para la gestión de prestaciones y enlaza con la sede electrónica del Ayuntamiento.
- Sistemas de búsqueda avanzada y localización geográfica de los equipamientos de servicios sociales.
- Permite acceder y compartir información en redes sociales.
- Diseño responsive: estructura visual de la información adaptada a los diferentes dispositivos (ordenadores personales, tablets y smartphones).
- Permite realizar llamadas a los servicios sociales desde dispositivos móviles con una sola pulsación.

Como resultado de estas características la página web ha quedado totalmente renovada en su imagen y diseño y en la organización de sus contenidos.

Estructura y contenidos de la Web

Las líneas en las que se han plasmado los objetivos y características de la Web son las siguientes:

Página de inicio:

La Web incluye el logo del Ayuntamiento de Murcia como imagen Corporativa para que los ciudadanos/as visibilicen y reconozcan **los servicios sociales municipales como servicios públicos** que presta el Ayuntamiento como administración más cercana al ciudadano, cuya razón de ser es contribuir al bienestar social de los vecinos y vecinas del municipio, finalidad que coincide totalmente con la de los servicios sociales.

Para que el ciudadano/a conozca la ayuda que los servicios sociales le pueden prestar para mejorar su calidad de vida, la página de inicio incluye varios elementos esenciales:

Un eslogan y una descripción concreta

Con el eslogan **“para la autonomía personal y la promoción social”** se ha querido llamar la atención sobre el **cometido propio** de los servicios sociales como sistema, que es el apoyo y el cuidado a las personas entendido como derecho universal. Definimos dos ejes complementarios: **autonomía de las personas** (en los cuidados personales, en el apoyo en la organización de la vida cotidiana, en las relaciones familiares) y **promoción social** (las relaciones comunitarias y sociales y la participación en la organización de la misma).

Resaltamos la Concejalía de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Murcia como la **responsable pública** de esa red de servicios sociales organizada de forma descentralizada **para dar respuesta a las situaciones descritas anteriormente**.

Se quiere centrar la atención de los/las ciudadanas con **tres preguntas claves**: Información resumida y esencial de los servicios **que ofrecemos, dónde puede acudir** ante una situación de necesidad social y **la atención** que puede recibir.

Se continua con una breve descripción de **para quién** son los servicios (para todos los ciudadanos, porque **todos** podemos necesitar ayuda), **cuándo** acudir a ellos, **cómo** actuamos y **dónde** atendemos, en un lenguaje claro y sencillo.

La página dispone de un espacio preparado para **imágenes y vídeos** que refuerza de forma visual la información y muestra la **actualidad** de la Concejalía: actividades que se realizan, los nuevos servicios y proyectos, aperturas de plazos de solicitud entre otras.

El apartado “También le puede interesar” facilita acceder a información **de servicios y actuaciones relevantes** que se puede modificar con otros temas de interés.

Los ciudadanos/as pueden hacer llegar sus **consultas**, quejas, sugerencias y agradecimientos; también permite compartir la información de la web en **redes sociales**.

El portal incluye **logos identificativos** que hacen referencia a la Red Regional de Servicios Sociales y a la trayectoria y apuesta que el Ayuntamiento de Murcia viene haciendo a favor de temas claves como la igualdad, la participación social, la infancia y la atención a las emergencias sociales.

Menú: estructura simplificada de la información (pocos apartados). Camino claro desde la página de inicio visible en la parte superior, donde se sigue ampliando la información que se enseña en la página principal y que incluye:

Concejalía: espacio corporativo de la página con la presentación de la Concejala, la finalidad, los objetivos y la organización de la red de servicios sociales y un directorio de contacto.

Servicios y Prestaciones (Se han definido un total de 81)

En él se encuentra el conjunto actuaciones profesionales y ayudas dirigidas a toda la ciudadanía, así como otras específicas para dar respuesta a determinadas situaciones de necesidad social; en este apartado para facilitar el contacto se han relacionado los principales teléfonos de información y acceso.

La información se ha estructurado por ámbitos de actuación, para facilitar la consulta.

De cada una de estas **prestaciones o servicios** se puede consultar una ficha con información sobre: **a quiénes** se dirige, **atención** que se presta, **requisitos**, **dónde** se presta y **forma de acceso**. Dispone de enlaces a normativa, archivos de descarga, sobre todo de modelos de solicitud para facilitar el trámite, e imágenes complementarias para facilitar la comprensión de la información.

También está preparada para realizar el **trámite electrónico**. Actualmente se puede realizar en dos prestaciones y progresivamente se irán introduciendo otras.

Centros

En el caso del Ayuntamiento de Murcia debido a la peculiaridad de la existencia de 51 pedanías y 28 barrios se dispone de una extensa red de equipamientos que requiere un esfuerzo de organización de la información. Se ofrece la información sobre la red descentralizada de equipamientos de los servicios sociales municipales con 3 oficinas de gestión y atención específica, 3 centros municipales de servicios sociales, 31 unidad de trabajo social, 74 centros de la mujer, 76 centros sociales de mayores, 3 ciberaulas, 1 centro integral de infancia, 2 casas de acogida de mujeres víctimas de violencia, tres centros de estancias diurnas.

De cada uno de estos centros se recoge una breve descripción, imagen de la fachada, mapa de localización, dirección y contacto, tipo de equipamiento y ámbito geográfico de actuación.

Documentación:

Es este apartado se ha recuperado y actualizado toda la documentación que se mostraba en la web anterior y se han clasificado en los siguientes apartados:

Documentos de interés: Se ha reunido los diferentes planes, proyectos y documentos de carácter general que tienen una significativa importancia como referentes de las diferentes actuaciones que se realizan. La información está clasificada por año y se facilita el acceso al texto completo para su consulta.

Folleto y carteles: Contiene los folletos, dípticos informativos y carteles editados . La información se presenta por años, con una imagen del folleto y el archivo con el texto completo.

Normativa: Los Servicios Sociales de Ayuntamiento de Murcia ha ido desarrollando a lo largo de los años una importante labor de reglamentación específica en el ámbito de los servicios sociales, acorde al marco competencial municipal; aprobados con la finalidad de regular la relación jurídica con los ciudadanos y ciudadanas, ofreciendo un marco normativo que define los principales servicios y prestaciones, requisitos, derechos y deberes de las personas usuarias así como los cauces de participación ciudadana. Se pueden consultar los textos completos clasificados por años.

Libros y campañas, se pueden consultar las publicaciones y las distintas campañas de sensibilización que se han llevado a cabo. De cada una de ellas hay una imagen, un breve extracto del contenido y el archivo con el texto completo.

Actualidad

Se accede al histórico de las noticias que se han publicado desde 2004 clasificadas por años.

Entidades sociales

Se ofrece información sobre **150 entidades sociales** con las que se colabora y a las que se les ha dado un lugar protagonista porque desarrollan sus actuaciones conjuntamente con los servicios sociales municipales. De cada una de ella ofrecemos: mapa de localización, dirección, contacto y sector al que se dirige.

Esta **página** se podrá ir completando con nuevas funcionalidades, con el objetivo de que la ciudadanía del municipio identifique la red de servicios sociales municipales, los servicios y prestaciones que presta para dar respuesta a las necesidades sociales que el sistema tiene que cubrir.

Retos y mejoras

Las mejoras y desarrollos futuros de esta página web tiene que contribuir a lograr el principal reto de los servicios sociales como sistema que es que la ciudadanía nos identifique con la ayuda e intervención profesional que prestamos para mejorar la autonomía personal, las relaciones familiares y sociales y la permanencia en el entorno comunitario y no como un sistema marginal que cubre las carencias del resto de sistemas (sanidad, educación, vivienda y subsistencia entre otros).

Otras mejoras son: articular espacios de participación, a través de blog y mejorar la presencia en la redes sociales y medios de comunicación; mejora en cuanto a información inclusiva, lenguaje accesible e imágenes; actualización permanente de los contenidos de esta página de modo que responda a las necesidades y expectativas de información de las personas que la consultan.

Noviembre de 2017
Sección de Información y Participación Ciudadana
Concejalía de Derechos Sociales
Ayuntamiento de Murcia

9.1.2. TRABAJO SOCIAL Y AUTONOMÍA PERSONAL.

DIFICULTADES ACTUALES EN BARRERAS DE ACCESO A LA COMUNICACIÓN Y LA INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS SORDAS

Dña. María José Iniesta Moratón
Trabajadora social de ASPANPAL.

Palabras Clave: accesibilidad, discapacidad, inclusión, igualdad, educación.

Resumen de la comunicación:

Dados los problemas de acceso a la comunicación que tienen las personas con discapacidad auditiva y la falta de eliminación de barreras de la misma, hablaremos de ASPANPAL, Asociación de Padres de Niños con Problemas de Audición y Lenguaje situada en Murcia. A través de la asociación se lucha por la inclusión y la eliminación de las barreras de comunicación en el día a día de una persona sorda. Para ello, trataremos de los servicios y prestaciones que se ofrecen a través de ASPANPAL como una manera introductoria a nuestro tema principal.

Los servicios y prestaciones que podemos encontrar en ASPANPAL son: banco de prótesis auditivas, servicio de atención y apoyo a familias (SAAF), servicio de evaluación orientación, servicio de logopedia, asesoramiento social, servicio integral de empleo, servicio de apoyo psicopedagógico, servicio de bilingüismo: ALLIES IN ENGLISH, servicio de psicología (infantil-adultos con sordera), servicio de accesibilidad a la comunicación, servicio de ocio y tiempo libre, voluntariado, otros programas (musicoterapia, habilidades sociales, adultos sordos con nee, fomento de la lectura), biblioteca y videoteca subtitulada (FIAPAS), somos centro de recursos en la discapacidad auditiva.

En cuanto al tema que abordaremos *“Dificultades actuales en barreras de acceso a la comunicación y la información de las personas sordas”*, lo dividiremos en los ámbitos en los que existen esas barreras de comunicación, y donde la persona sorda se encuentra restringida de su derecho a acceso a la información. Educación, sanidad, ocio y tiempo libre, empleo y servicios de la actividad de la vida diaria, estos son los principales ámbitos que abordaremos y de los que haremos referencia a los recursos que son necesarios para la eliminación de las barreras de acceso a la información y la comunicación.

- Educación: para la eliminación de barreras en el ámbito educativo, heterogeneidad de personas con discapacidad auditiva en función de su sistema de comunicación; Lengua de signos española o el lenguaje oral.

El aula escolar presenta tres características que dificultan la percepción de la señal acústica: el ruido de fondo, la reverberación y la distancia entre el emisor y el receptor. Los niños con audición normal necesitan una relación señal-ruido más favorable para obtener los mismos niveles de percepción de la palabra que los adultos porque están aprendiendo el lenguaje y porque, debido a su escasa experiencia de vida, no pueden complementar mentalmente las partes del mensaje que no han oído. Los niños con discapacidad auditiva se encuentran aún con mayores desventajas. Los sistemas de frecuencia modulada (FM) se presentan como la mejor solución para mejorar la relación señal-ruido.

En general, los sistemas de FM consisten en un sistema de comunicación simple: un transmisor, un micrófono y un receptor. El micrófono se utiliza cerca de la fuente sonora o de la boca de la persona que habla, y en el transmisor manda la señal al receptor que emite dicha señal de forma amplificada y la envía al audífono o procesador de la palabra.¹

Intérprete de Lengua de Signos, el intérprete es un profesional que interpreta la información de la lengua de signos a la lengua oral y viceversa, con el fin de asegurar la comunicación entre las personas sordas que comunican en lengua de signos y oyentes.

La lengua de signos, es una lengua de expresión y configuración gesto-espacial y percepción visual (o incluso táctil por ciertas personas con sordoceguera), gracias a la cual algunas personas sordas pueden establecer un canal de comunicación con su entorno social, ya sea conformado por otros individuos sordos o por cualquier persona que conozca la lengua de signos empleada. Mientras que con la lengua oral la comunicación se establece en un canal vocal-auditivo, la lengua de signos lo hace por un canal gesto-viso-espacio.

La lengua de signos no es universal, sino que cada país posee su propio idioma. En España se utiliza la lengua de Signos Española, pero en Cataluña la lengua de signos catalana.

Otro de los aspectos a tener en cuenta dentro de un aula, es que el niño/a con discapacidad auditiva debe incorporarse en el aula en la primera fila, facilitando de este modo la lectura labial o labiofacial. Consiste en entender el mensaje de un interlocutor a partir de los movimientos y posiciones de sus órganos articulatorios visibles. A través de la lectura facial se percibe solamente una parte de la información fonética, por lo que es necesario utilizar procesos de suplencia mental para la comprensión de la información.

- Sanidad: Destacar la falta de acceso a la información en las consultas médicas, cita previa y en urgencias.

¹ De Maggi, M. M., & Prieto, J. C. (2005). Utilización de los sistemas de FM en el contexto escolar. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 25(2), 84-94.

Para que las personas sordas puedan acceder a esta información, sería necesario la instalación de un bucle magnético en el punto de información de las consultas médicas y urgencias, información en pantallas y rótulos, señalización, sistema de chat, así como la figura del intérprete de lengua de signos si la persona se comunica a través de la lengua de signos.

Bucle magnético, se trata de una ayuda auxiliar para usuarios de prótesis auditivas (audífonos y/o implantes) que facilita la accesibilidad auditiva en el entorno. El bucle es un producto de apoyo a la comunicación oral y para el acceso a la información de probada eficacia en su empleo para espacios y servicios de concurrencia pública donde la megafonía resulte contaminada por el ruido. Se trata de un cable conectado a un amplificador. Desde cualquier fuente de sonido, la señal de audio va al amplificador u introduce una corriente eléctrica en el cable y genera un campo magnético. El campo magnético induce a la tele-bobina del audífono o del implante coclear (previa programación), acercando la señal auditiva, mejorando la calidad en la recepción de la misma, y solucionando con ello los problemas de inteligibilidad producidos por el ruido de fondo, la distancia entre el emisor y el receptor, y la reverberación o eco. El bucle magnético puede tener distintas aplicaciones:

- Bucles perimetrales (instalación, fija o eventual, en áreas de estancia, teatros, cines...).
- Equipos de sobremesa (instalación en elementos de urbanización, en mobiliario urbano u otros elementos vinculados a actividades disponibles en las áreas de uso peatonal, por ejemplo, en mostradores, en quioscos, en casetas de información itinerantes...).
- Equipos portátiles (para ser usados por guías, monitores,...).

Información en pantallas y rótulos:

En zonas con concurrencia de público, cualquier información ofrecida por megafonía debe transmitirse, simultáneamente y literalmente de forma escrita, mediante pantallas y/o monitores, que serán colocados de forma visible en los puntos de mayor afluencia de público. La información ofrecida deberá ser concisa y garantizar una fácil lectura.

Señalización:

En todo espacio o recinto construido, así como en los itinerarios peatonales, deberá existir la suficiente señalización e iluminación para facilitar la orientación y localización de los distintos espacios de interés.

Sistema Chat:

Donde las personas con discapacidad auditiva puedan realizar una cita médica mediante un mensaje de texto desde su teléfono móvil. Actualmente el número de urgencias 112 es accesible para las personas sordas a través de una aplicación móvil.

Intérprete de Lengua de Signos:

Intérprete de Lengua de Signos en los centros médico y urgencias, para las personas que se comunican en Lengua de Signos.

- Ocio y Tiempo libre: falta de accesibilidad a la cultura y al ocio en las personas con discapacidad auditiva, museos, centros deportivos, cafeterías etc.

ACCESIBILIDAD EN OCIO / RECURSOS

Teatros	Bucle magnético
Cines	Subtitulado y estenotipia
Museos	Intérprete de Lengua de Signos
Centros Culturales	Guía multimedia / Apps
Centros Deportivos	Zonas reservadas
Cafeterías / Restaurantes	

Subtitulado: son los textos que aparecen en el borde inferior de una imagen, con frecuencia sobre-impuesto a ella, aportando información adicional sobre la misma o traduciendo una narración o diálogo hablado en un idioma extranjero.

Estenotipia: subtitulado en directo, en tiempo real. Norma UNE 153010, publicada por AENOR, "Subtitulado para personas sordas y personas con discapacidad auditiva".

La guía multimedia: es un dispositivo que mejora las prestaciones de las tradicionales audioguías, transmitiendo la información sobre la exposición en diversos formatos - texto, imagen, vídeo y audio.

En los centros deportivos y centros sociales: Intérprete de lengua de signos, formación en pautas de comunicación con personas sordas y monitores con formación en lengua de signos.

Cafeterías y Restaurantes: Locales acústicamente amables: Aislamiento, Acondicionamiento acústico del local, Adopción de medidas que amortiguan ruidos producidos por electrodomésticos, fontanería, climatización...Ruido de las personas (eliminar "efecto café"). Actuación acústicamente responsable del personal a la hora de servir y uso no simultáneo de aparatos audiovisuales.

- Empleo: eliminación de barreras para acceder a un empleo, adaptación en empresas y centros de formación así como el empoderamiento del usuario y de los compañeros

y empresarios sobre las pautas de comunicación que deben de llevar a cabo con las personas con discapacidad auditiva, favoreciendo de este modo un empleo inclusivo.

Se pretende lograr la plena integración sociolaboral de las personas que presentan discapacidad auditiva, en la empresa privada ordinaria.

En función de las características individuales del usuario, se cuenta con la figura del intérprete de lengua de signos (ILSE), que adapta la comunicación durante todo el proceso de inserción laboral. También se realizan labores de difusión y sensibilización en las empresas e instituciones con el fin de informar sobre las aptitudes y capacidades de las personas sordas.

Para finalizarlas prestaciones y beneficios a los que tienen derecho las personas con discapacidad en la Región de Murcia son:

- Solicitar calificación del grado de discapacidad (IMAS).
- Ayudas para audífonos (Catálogo general de material ortoprotésico INSALUD Julio 2001).
- Financiación de los elementos externos del implante coclear (BORM Resolución 9 de marzo de 2010. Servicio Murciano de Salud).
- Prestación económica por hijo a cargo con DISCAPACIDAD (Seguridad Social).
- Título de familia numerosa.
- Ayudas para el alumnado con necesidad específica de apoyo educativo.(Ministerio de educación, Cultura y Deporte).
- Ayudas individualizadas del IMAS (audífonos, accesorios implante etc).

SERVICIO DE TELEASISTENCIA, GENERADOR DE AUTONOMÍA PERSONAL

Dña. Eva M^a Gaspar Muñoz.

Trabajadora social responsable del Centro de atención en Tunstall-Televida.

Dña. Ana M^a Campoy Escamez

Trabajadora social en Tunstall-Televida

D. Francisco José Tavira Campos

Delegado Territorial en Tunstall-Televida

Palabras clave: Teleasistencia; telemonitorización; mayores; salud; cuidadores.

Contexto demográfico actual: las personas mayores

Entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%. El envejecimiento de la población es más rápido en la actualidad que en años precedentes. Por poner un ejemplo: Francia dispuso de casi 150 años para adaptarse a un incremento del 10% al 20% en la proporción de la población mayor de 60 años, mientras que países como Brasil, China y la India deberán hacerlo en poco más de 20 años. (1)

Datos de España: (2)

- España es el segundo país con mayor esperanza de vida de los países de la OCDE, con 82,7 años de media.
- La población mayor de 80 años representa el 6% del total de la población mayor de nuestro país.
- Actualmente hay en España cerca de medio millón de personas con más de 90 años, el 3% centenarios.
- España será el cuarto país del mundo con la media de edad más alta.
- En el 2050 se estima que casi un 40% de la población tendrá más de 65 años, siendo superada tan sólo por Japón. (3)

El verdadero desafío al que nos enfrentamos, es hacer frente a algunas consecuencias asociadas a la llamada “revolución de la longevidad” y que empieza a denominarse ya “la extensión de la longevidad”. Como lo son el aumento en el número de personas mayores que padecen enfermedades crónicas y no transmisibles. El reto es reducir su impacto en las personas y ampliar la esperanza de vida en buena salud. En este sentido, la teleasistencia ejerce un servicio tanto preventivo como reactivo en pro de un mejor bienestar de las personas mayores y se

ha convertido en un servicio ya imprescindible para el día a día de miles de personas usuarias en España.

¿Qué es la teleasistencia?

El servicio de teleasistencia es una prestación básica enmarcada en el contexto de los servicios sociales de Atención Primaria. Está regulada por distintas disposiciones legales de ámbito municipal y autonómico y sujeta al Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Se trata de un servicio de carácter sociosanitario que se presta a través de la línea telefónica, durante 24 horas al día y todos los días del año, conectada a un centro receptor atendido por personal específicamente cualificado, capaz de atender las demandas o movilizar los recursos necesarios en caso de emergencias sociales o sanitarias de las personas usuarias.

Esta comunicación se hace posible con sólo apretar el botón de la Unidad de Control Remoto (UCR) que las personas usuarias llevan siempre consigo a modo de colgante o pulsera. Este gesto activa el terminal de teleasistencia, conectando de forma inmediata y automática al usuario con el centro de atención.

Desde el centro de atención de teleasistencia, la persona usuaria tendrá respuesta a un amplio abanico de necesidades, desde una situación de emergencia, un recordatorio de toma de medicación o una cita médica, una conversación, apoyo psicosocial, información de interés, recomendaciones de hábitos saludables, etc. Asimismo, se realiza un seguimiento permanente de la persona usuaria mediante llamadas telefónicas periódicas, con la finalidad de estar presentes en su vida cotidiana, potenciar hábitos de vida saludable, proporcionarle información y actualizar su situación en la base de datos.

El servicio se complementa con intervención de los servicios domiciliarios, departamento técnico, encargado de la instalación de la tecnología necesaria y mantenimiento de la misma; departamento de coordinación de zona, compuesto por trabajadores/as sociales encargados/as de valorar el estado de la persona usuaria y asignar la intensidad de servicio necesaria; y unidades móviles, cuyo principal cometido es intervenir de forma inmediata en el domicilio de la persona ante cualquier demanda que sea precisa.

De éste modo el servicio se asegura de:

- Garantizar la comunicación interpersonal y bidireccional, ante cualquier necesidad, las 24 horas del día, todos los días del año.
- Proporcionar atención inmediata y adecuada ante situaciones de emergencia o, que sin serlo, por su propia naturaleza imprevista, requieran atención presencial o telefónica.
- Procurar seguimiento y evaluación de las personas mediante la realización de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias.
- Integrar soluciones innovadoras que mejoren la autonomía de la personas, respetando su estilo de vida.
- Proporcionar seguridad y tranquilidad a la personas usuaria tanto en su domicilio como cuando se encuentre fuera del mismo mediante el empleo de sistemas de telelocalización.
- Ofrecer compañía a través de la realización de contactos telefónicas periódicos, así como a través de la personalización de agendas que permitan recordar a las personas la necesidad de realizar una actividad concreta en un momento determinado, o con la periodicidad que se asigne.
- Ofrecer información de carácter preventivo y comunitario que contribuya a promover mayores niveles de autonomía e integración en su entorno habitual

En definitiva, el objetivo básico del servicio de teleasistencia es mejorar la calidad de vida de las personas usuarias, facilitando que puedan permanecer en su domicilio, aumentando en lo posible su nivel de seguridad y autonomía, y los de su entorno familiar.

Evolución del Servicio de Teleasistencia

El servicio de teleasistencia ha estado ligado desde sus orígenes al uso de la tecnología como fuente de apoyo para la prestación de seguridad, compañía y ayuda a distancia en situaciones de emergencia, entre otras. Se ha complementado el equipamiento tecnológico de la teleasistencia con diferentes dispositivos que permitan monitorizar el entorno del usuario para disponer de una información inmediata de posibles situaciones de riesgo para la persona usuaria, así como fomentar su nivel de independencia y autonomía.

El 60% de las personas mayores de 80 años han sufrido algún accidente en el último año ocasionados dentro del hogar (4), la gran mayoría son consecuencia de desvanecimientos y/o caídas, seguidos de fuego y escapes de gas como consecuencia de algún olvido ocasionado en ocasiones por un deterioro cognitivo derivado de la edad. Estos accidentes domésticos suponen un grave peligro para la salud de los usuarios, pudiendo producir trastornos o agravamientos en su nivel de autonomía y/o dependencia, tanto a nivel psicológico, como físico. La incorporación de dispositivos periféricos que agilizan la detección de la fuente de riesgo, reduciendo el tiempo de respuesta ante un accidente, minimizando de este modo las

posibles consecuencias de cualquier acontecimiento que afecte al estado de salud de la persona usuaria.

Los objetivos específicos que se persiguen con este tipo de tecnología son:

- Incrementar la seguridad de la persona usuaria y fomentar su autonomía personal.
- Intensificar la capacidad de respuesta integral del servicio a las necesidades de las personas en posible situación de fragilidad.
- Mejorar la respuesta ante situaciones críticas para reducir las consecuencias que puedan derivarse de un accidente.
- Prevenir y alertar de manera automática de las situaciones de riesgo en las que puede incurrir el usuario, para reducir la aparición de episodios que puedan deteriorar su calidad de vida.
- Potenciar la autonomía personal y evitar el agravamiento de su nivel de dependencia.

Dentro de la amplia gama de dispositivos existentes destacamos por su utilidad, los dispositivos de fuego/humo, de monóxido de carbono, de gas, de caídas y de presencia, este último registra, gracias a los infrarrojos, el paso de una persona por un punto concreto de su vivienda a lo largo de un periodo de tiempo determinado.

Pero la evolución del servicio de teleasistencia no solamente se limita a la evolución tecnológica si no también al modelo de servicio que se presta.

En sus inicios en España, en 1994 es un servicio reactivo en el que las personas usuarias contactan con el centro de atención para solicitar información, asesoramiento, apoyo psicosocial o ayuda en situaciones de emergencia social o sanitaria. En este sentido, el valor del servicio para el usuario está condicionado a la ocurrencia de una emergencia. A lo largo de los siguientes años evoluciona para convertirse en un servicio reactivo que se anticipa a las demandas de las personas usuarias para prevenir situaciones de riesgo y aumentar su bienestar, por lo que se convierte en un servicio esencial para la persona usuaria, su familia y su entorno.

No obstante, y a pesar de la evolución mencionada, la respuesta del servicio de teleasistencia ha sido hasta ahora lineal, es decir las personas usuarias reciben las mismas prestaciones e intensidad, tratando a la población usuaria como un grupo homogéneo con necesidades equivalentes. Sin embargo, las personas mayores, como principal colectivo de personas beneficiarias del servicio de teleasistencia, es un colectivo de gran diversidad, sus demandas son diversas, como diversa debe ser la respuesta del servicio.

Por ello, y con la finalidad de evolucionar el modelo de servicio, Tunstall Televida, gracias a su dilatada experiencia en la gestión de servicios de teleasistencia, ha desarrollado un modelo de atención personalizada en teleasistencia mediante el cual adapta la respuesta del servicio para atender más eficaz y eficientemente a las

personas usuarias, a través de un sistema de medida objetivo basado en un análisis de su comportamiento y de sus demandas según su perfil y que permite elaborar un programa individual de teleasistencia.

El modelo valora a la persona según tres dimensiones relacionadas con su calidad de vida y que influyen directamente en la necesidad de contactar con el servicio: relaciones sociales, salud y, en el caso de personas cuidadoras, el impacto del cuidado en su calidad de vida.

Cada persona usuaria quedará asociada a un nivel de riesgo que determinará la intensidad de servicio en periodicidad, frecuencia y recomendaciones de contenido, de llamadas y visitas, tecnología adaptada a sus necesidades, campañas de envejecimiento activo y saludable y programas de intervención especial.

Además, incorpora un cuarto nivel para detectar situaciones excepcionales de alto riesgo social y sanitario que requieren de una actuación especial y que suelen ser temporales; riesgo de maltrato, riesgo de suicidio o riesgos asociados a grandes catástrofes.

Para poder proceder a la clasificación de los distintos niveles de apoyo resulta vital la valoración a realizar por la trabajadora social en el propio domicilio de la persona usuaria, ya que con la recogida de datos personales, las distintas características de ésta y una importante inspección ocular del domicilio, que junto al criterio personal de la trabajadora social asignará el nivel de apoyo que necesita recibir cada persona, con el fin de cubrir las necesidades detectadas en cada situación.

Para diseñar un plan de atención individualizado se utiliza un sistema de valoración propio. RET (Respuesta Eficiente en Teleasistencia) que determina la necesidad de recibir o no prestaciones complementarias. El baremo utilizado para asignar el nivel de riesgo, se compone de una serie de algoritmos de clasificación basados en escalas y test estandarizados que se complementan con cuestionarios elaborados a medida de las necesidades asociadas al servicio. Es dinámico y flexible, está preparado para realizar valoraciones periódicas que garantizan su adaptación a los cambios de la persona usuaria a lo largo de su ciclo de vida. El sistema de valoración RET ha sido diseñado y registrado por la compañía, con el asesoramiento y la validación científica de la Fundación Salud y Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona y se ha probado en 350 personas usuarias del servicio de teleasistencia.

Las características que se analizan para la asignación de prestaciones son las de la persona usuaria, las características del domicilio y los accidentes sufridos dentro del propio hogar, con todo ello se asigna a la persona usuaria una o varias prestaciones, todas ellas forman parte del plan de atención individual.

De forma periódica se realizarán revaloraciones por parte del profesional de trabajo social de la situación de la persona, con el fin de detectar cualquier cambio

significativo que pudiese alterar las necesidades detectadas en un inicio, adaptando de este modo el plan individualizado de la persona.

El servicio se complementa con campañas de promoción de la autonomía personal y envejecimiento activo y saludable, a través de estas campañas. Se pretende empoderar a las personas usuarias, fomentar la autonomía personal incorporando hábitos saludables, facilitar la información y el acceso a recursos educativos, culturales y de ocio, incrementar la participación social de las personas usuarias en la comunidad convirtiéndose en sujetos activos de la vida de su entorno y favorecer el uso de las TIC. Estos objetivos persiguen ampliar el abanico de recursos personales, incrementar sus fuentes de información y, por tanto, posicionar a las personas usuarias con mayor autonomía y más competencias para incrementar sus propias relaciones sociales. Estas campañas se desarrollan en diferentes áreas como es el caso del área de salud, seguridad, participación, actualidad y consumo. Estas campañas se desarrollan por diversos medios como telefónicos, escritos o presenciales mediante talleres, garantizando de este modo poder llegar a cualquier persona, sea cual sea su situación.

Programas específicos de teleasistencia: maltrato, duelo y suicidio

Tunstall Televida incluye, en el marco de su servicio de teleasistencia, programas de atención especial que establecen un seguimiento concreto en personas usuarias situadas en un nivel alto de riesgo.

Uno de ellos es el Programa de prevención y detección de signos de maltrato. En este programa, se realizan:

- Acciones de sensibilización y concienciación sobre el maltrato a los mayores con el objetivo de evitar o reducir su incidencia: acciones de formación a los profesionales del servicio en la detección de señales de alerta, charlas de sensibilización e información a las personas usuarias.
- Detección de posibles signos de maltrato: el equipo de profesionales del servicio de teleasistencia mantiene un contacto directo y continuo con las personas mayores usuarias, ya sea telefónico o presencial. Ellos se convierten en un elemento clave en la identificación de signos de riesgo y en la detección de indicadores de maltrato. En el caso que así sea, se activa un seguimiento extraordinario del departamento de coordinación de zona.
- Valoración de posibles situaciones de maltrato o riesgo de maltrato: una valoración de forma presencial que se realiza en 48 horas si la situación se considera urgente o bien en un máximo de 15 días en el resto de casos. En esta valoración, a través de un cuestionario para la detección de indicios de maltrato, se determina el nivel de riesgo de la persona usuaria, que puede ser ligero, moderado, o alto.

- Actuación en casos detectados y valorados: tras la valoración, según el nivel de riesgo de la persona usuaria, se emprenden acciones concretas. En todos los casos, se deriva el caso a los servicios sociales y se identifica en la base de datos. En los casos de riesgo moderado o alto, se puede silenciar el terminal de teleasistencia, es decir, la desactivación de los avisos lumínicos y acústicos para que la posible víctima pudiera contactar con el servicio sin alertar al/a la posible agresor/a. En el riesgo moderado y alto se intensifican también los seguimientos realizados, con más visitas presenciales y contacto telefónico.

Por otro lado, el suicidio es la primera causa de muerte no accidental en personas mayores en España. De hecho, el 40% de los suicidios en el estado corresponden a personas mayores. Tunstall Televida cree que el servicio de teleasistencia es clave para la detección de conductas suicidas entre las personas mayores, por ello desarrolló el Programa de alerta de suicidio, que consta de las siguientes fases:

- Acciones de sensibilización, prevención y formación, tanto a profesionales del servicio (formación en detección de señales de alerta) como charlas de sensibilización e informativas al público en general.
- Detección, identificación de signos de riesgo de suicidio en personas usuarias: los y las profesionales tienen contacto continuo con ellas y pueden identificar situaciones de riesgo, en una gestión de emergencia por autolisis o intento de autolisis, o bien en la atención de llamadas o intervenciones domiciliarias, en las que se detecten comentarios negativos sobre sí mismo/a o sobre la vida, comentarios relacionados con la muerte, etc.
- Tras la detección, se realiza una valoración en dos niveles: si se han detectado señales de alerta, el/la coordinador/a hace llamadas de seguimiento y a través de un cuestionario concreto comprueba si la persona puede tener conducta suicida. Por otro lado, si se ha atendido una emergencia por autolisis o intento de autolisis, se hace un seguimiento domiciliario por parte del coordinador/a de zona.
- Tras la valoración, se hacen acciones de seguimiento y coordinación: en todos los casos se deriva la situación a servicios sociales y se indica en la ficha de la persona usuaria en la base de datos. En las personas usuarias con un riesgo moderado o alto, se realiza un plan de apoyo familiar (siempre que la persona usuaria lo autorice), así como llamadas de seguimiento y de asesoramiento.

Entre estos protocolos, cabe destacar también el Programa de acompañamiento en el duelo, indicado para aquellas personas usuarias que puedan desarrollar un duelo patológico en una situación de soledad y de ausencia de personas con las que poder compartir su dolor. Este programa nace con la voluntad de detectar estos casos y ayudar a procesar esta nueva etapa con el apoyo y el acompañamiento de los y las profesionales del servicio de teleasistencia. Como en el resto de programas, se divide en diferentes etapas:

- Prevención: los profesionales del servicio reciben formación sobre las fases del duelo y diferentes estrategias para afrontar una pérdida. Asimismo, se dota de herramientas a las personas usuarias para afrontar situaciones de duelo con la máxima normalidad posible.
- Según el nivel de apoyo que valoren los profesionales, se llevan a cabo diferentes actuaciones, como por ejemplo llamadas de acompañamiento, una carta de apoyo, dípticos informativos o con la intensificación de los seguimientos telefónicos y/o presenciales.

Carechat: la teleasistencia para personas con dificultades en la comunicación

Tradicionalmente, las personas que presentan algunas dificultades de comunicación (con pérdidas auditivas o con dificultades para hablar) han sido excluidas del servicio de teleasistencia al estar éste basado en comunicaciones exclusivamente verbales.

La solución CareChat (una aplicación que funciona en cualquier terminal Android, ya sea teléfono o tablet) ha sido diseñada para contribuir a mejorar la calidad de vida de estas personas, permitiendo que disfruten de los mismos beneficios del servicio que el resto de usuarios, gracias a la implantación de nuevas tecnologías. Este sistema permite a las personas usuarias del servicio llevar una vida más segura e independiente.

CareChat se ha diseñado para su uso por las personas sordas lectoescriptoras (sus interacciones se basan en mensajes de texto) y no lectoescriptoras (a través de pictogramas). Asimismo, puede ser utilizado por personas con dificultades en el habla (afasias, personas con traqueotomías o laringectomías, etc.).

El sistema permite interactuar al usuario final con el centro de atención a través de un dispositivo móvil con sistema operativo Android. Puede enviar, por ejemplo, alarmas desde el terminal, de forma rápida y sencilla, ya que esta plataforma ha sido especialmente pensada para gestionar situaciones especiales, tales como caídas u otras necesidades de ayuda, o recibir información de su interés desde el centro de atención, o para hacerles un seguimiento periódico sobre su situación.

Todas las alarmas recibidas en el centro de atención son gestionadas por operadores especializados a través de un entorno Web, el cual permite interactuar de forma rápida e intuitiva con el usuario, sin necesidad de utilizar voz y audio.

El Programa de Teleasistencia como Apoyo al Cuidador (PTAC)

Cuidar a personas con dependencia es una responsabilidad que suele recaer en una persona a quien se identifica como el cuidador principal. La sobrecarga que genera el cuidado continuado hace preciso que este cuidador reciba un soporte de los diferentes profesionales del ámbito sanitario y/o social.

Desde el año 2011, Tunstall Televida desarrolla en la región de Murcia el Programa de Teleasistencia como Apoyo al Cuidador (PTAC), un programa innovador y pionero para personas cuidadoras de personas usuarias del servicio de teleasistencia. El PTAC está implantado en la Región de Murcia por parte del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) e incluye a 2.400 personas cuidadoras y las 2.400 personas en situación de dependencia a las que asisten en el día a día.

El PTAC nació como respuesta a la necesidad que los técnicos del IMAS detectaron entre los cuidadores para obtener herramientas que les orientaran y ayudaran en el proceso de atención a los dependientes. Así, persigue favorecer la permanencia en el entorno de la persona dependiente, apoyar a los cuidadores en esta labor y fomentar y mejorar la calidad de vida de los cuidadores/as.

Los objetivos de este programa son:

- Apoyar a la persona cuidadora familiar en el afrontamiento de situaciones complejas.
- Fomentar en la persona cuidadora familiar el autocuidado físico, emocional y social.
- Identificar y comprender las dificultades de la persona cuidadora para proporcionar un cuidado personalizado.
- Facilitar el mantenimiento de las relaciones familiares y su implicación en el cuidado.
- Sensibilizar a la persona cuidadora en la necesidad de aceptar el apoyo de los recursos familiares, sanitarios y sociales disponibles.
- Empoderar a la persona cuidadora más allá de su situación de cuidado, partiendo de los puntos fuertes y vulnerabilidades de las personas cuidadoras.
- Utilizar la tecnología para proporcionar seguridad y tranquilidad en la atención de la persona dependiente de manera que el/la cuidador/a pueda disponer del tiempo suficiente para su autocuidado y descanso.
- Generar espacios de comunicación que permitan compartir buenas prácticas en el cuidado de personas dependientes y en el autocuidado de quienes les cuidan.

El PTAC se divide en dos niveles, según el grado de asistencia del cuidador/a. El PTAC1 pertenece a la supervisión y asistencia física parcial y el PTAC 2 a la asistencia física máxima y asistencia especial. Además del seguimiento diario telefónico que realizan los teleoperadores/as, se instalan detectores de seguridad y vigilancia en el domicilio de la persona usuaria, como por ejemplo de caídas, movimiento, fuego/humo, gas o monóxido de carbono, así como sensores de

ocupación de cama o sillón y de convulsiones y enuresis. Estos detectores facilitan el descanso y la tarea diaria de las personas cuidadoras, ya que todos estos elementos son controlados desde la central de comunicaciones de Tunstall Televida.

De este modo, se trata de un programa eficiente, económico y sostenible, que ha mejorado notablemente la tranquilidad y la seguridad de los cuidadores (un 98% de los cuidadores participantes así lo afirma).

El PTAC incluye talleres de participación, cursos y encuentros para la formación de los cuidadores, en los que se tratan varias temáticas que permiten a los cuidadores manejar mejor las situaciones, conductas, etc. de las personas dependientes.

Este programa pionero e innovador ha obtenido el premio de la Fundación UNIR Cuidadores.

Telemonitorización de la salud

Tunstall Televida proporciona soluciones de telemonitorización de la salud adaptadas a diferentes perfiles de personas usuarias y diversos ámbitos de actuación en función de las necesidades específicas de cada uno de ellos. Los sistemas de telemonitorización monousuario y multiusuario de Tunstall Televida son completamente flexibles, personalizables y móviles (smartphone o tablet), estos comunican directamente con un centro de atención donde se gestionan las demandas, integra la información clasificándola dentro de un perfil, informando al área de salud en base a los protocolos preestablecidos por el sistema de salud correspondiente, sobre el estado o evolución del usuario/a telemonitorizado/a.

Esta línea de servicio se proporciona de forma independiente o integrada con las prestaciones de teleasistencia, sumando las necesidades sociales y de seguridad de las personas que atendemos al cuidado de su salud.

En la actualidad, Tunstall Televida gestiona la monitorización de la salud de cerca de 2.000 personas.

Funciones del trabajador/a social en el servicio de teleasistencia

En el servicio de Teleasistencia resulta imprescindible la figura del trabajador/a social, ya que esta será la encargada de tener la primera toma de contacto con la persona usuaria en su propio domicilio, realizando el informe de valoración de esta con toda la información que pueda recabar de esta y asignando en consenso con la propia persona la intensidad de servicio que estime oportuno, garantizando de este modo que quedan cubiertas todas las necesidades de la persona. Del mismo modo realizará el seguimiento de la evolución de la unidad familiar, garantizando la comprensión del uso del servicio y adaptando la intensidad precisa en cada momento, siendo actores vitales para detectar cualquier deterioro del estado de la persona y

detectando riesgos importantes puntuales, como pueden ser signos de maltrato, de ideación suicida o de procesos de duelo sin gestionar adecuadamente.

El/la trabajador/a estará en contacto permanente con los servicios sociales y resto de servicios comunitarios, resultando nexo de unión entre la persona usuaria y estos servicios, transmitiendo de forma inmediata cualquier incidencia que pueda producirse. También serán responsables de la difusión del servicio entre los distintos recursos existentes.

Referencias bibliográficas

- (1) Organización Mundial de la Salud (2015) Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud
- (2) INE, Proyecciones de población 2016 (nota de prensa 994)
- (3) OCDE, nota de prensa El País (10 noviembre 2017)
- (4) Fundación MAPFRE (2013) La vivienda del mayor: condiciones y riesgos

PROPUESTA DE ESCALA DE VALORACIÓN INTEGRAL DE NECESIDADES DE ATENCIÓN EN EL DOMICILIO (personas mayores, dependientes, discapacitadas, y/o familia/menores)

Dña. Rosa María Esteban Palomares.

Trabajadora social, coordinadora del servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes del Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Molina de Segura y Profesora asociada en la Facultad de Trabajo Social.

RESUMEN

Los trabajadores sociales del Servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes, del Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Molina de Segura, realizan intervenciones sociales orientadas a mejorar la vida de las personas que presentan limitaciones en su autonomía personal. Las técnicas y/o instrumentos que utilizan para valorar las necesidades de atención en el domicilio son: entrevistas con preguntas abiertas, la práctica de la escucha reflexiva, la observación, la coordinación interinstitucional, la visita domiciliaria, el análisis de documentos para analizar las condiciones sociales y de salud, y los baremos de los servicios solicitados en cada caso: Baremo del Servicio de Ayuda a Domicilio, Baremo del Servicio de Respiro Familiar, Baremo del Servicio de Teleasistencia, y Baremo del Servicio de Comidas a Domicilio. Respecto a la utilización de los baremos, los trabajadores sociales valoran los ítems del baremo apropiado según el servicio solicitado. Así, la actividad del trabajador social se burocratiza, en detrimento de la valoración integral de necesidades sociales y la centralización de la intervención social en la persona.

En base a lo expuesto, se presenta una propuesta de Escala de valoración integral de las necesidades de atención en el domicilio, como un instrumento de valoración y diagnóstico social para la intervención social.

Palabras claves: Escala de valoración, necesidad social de atención en el domicilio, e intervención social.

INTRODUCCIÓN

Con motivo de las II Jornadas de Trabajo Social en la Región de Murcia, se presenta esta comunicación, se inscribe en el marco del Trabajo Social y autonomía personal. Tiene como objetivo compartir la reflexión sobre la propuesta de la Escala de valoración integral de las necesidades de atención en el domicilio, a utilizar en los Servicios Sociales de Atención Primaria, e implicar en la propuesta a profesionales e instituciones.

El Sistema Público de Servicios Sociales establece como prestación de servicios la Autonomía personal, atención en el domicilio y respiro familiar. Esta prestación de servicio comprende un conjunto de actuaciones llevadas a cabo tanto en el domicilio de la persona como fuera de él, con el fin de atender las necesidades y actividades de la vida diaria, prevenir la pérdida de autonomía, incrementarla, mejorar su calidad de vida y dotar de espacios de descanso y respiro familiar a las personas cuidadoras y a las familias en general (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013:24). En el Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Molina de Segura, la prestación de los servicios de atención en el domicilio, englobada en la prestación de servicios para la Autonomía personal, atención en el domicilio y respiro familiar, se concreta en la gestión directa de recursos sociales de atención en el domicilio: Servicio de Ayuda a Domicilio, Servicio de Atención fines de semana y festivos, Servicio de Respiro Familiar, Servicio de Teleasistencia, y Servicio de Comidas a Domicilio; y en la propuesta de servicios y prestaciones que incluye el catálogo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Las Heras y Cortajarena (1984: 28-31) definen necesidad social como un estado de carencia de medios para satisfacer las necesidades de las personas, producidas por el desarrollo social, e influidas por las condiciones espaciotemporales que configuran los contextos sociales, y recursos sociales como los medios humanos, materiales, técnicos, financieros, institucionales u otros de que se dota a sí misma una sociedad para dar respuesta a las necesidades de sus individuos. Así, los recursos sociales de atención en el domicilio, y ya mencionados, surgen para dar respuesta a la necesidades de atención y apoyo a las personas (mayores, dependientes, discapacitados y/o familias/menores) en su domicilio, y que por varios factores – problemas de salud con pérdida de autonomía personal, soledad, ausencia de familiares, conflictos familiares, deterioro familiar, déficit de habilidades sociales para gestionar la vida diaria, u otras situaciones socio-familiares- precisan de la ayuda de una tercera persona para el desarrollo de la vida cotidiana, y así contribuir a prevenir o mejorar la autonomía personal, mantener la permanencia de las personas en su entorno habitual, promover la convivencia familiar, y detectar necesidades sociales y situaciones de riesgo (desatención personal, malnutrición, aislamiento, soledad u otras).

El Servicio de Atención a las Personas Mayores y Dependientes, del Centro de Servicios Sociales de la Concejalía de Bienestar Social del Ayuntamiento de Molina de Segura, incluido en los Servicios Sociales de Atención Primaria, inicia su andadura en el año 2006. El servicio se centra en el sector de mayores y dependientes, para dar respuesta a las necesidades de atención de este sector y gestionar los servicios de atención en el domicilio. Los usuarios solicitantes de los servicios requieran atención personal y apoyo socio-familiar para el mantenimiento

de un adecuado nivel de autonomía personal, de vida familiar, social y relacional en su propio domicilio.

Actualmente, los trabajadores sociales, para la gestión de expedientes relacionados con recursos sociales de atención en el domicilio, utilizan, en la práctica profesional, baremos diferentes para cada uno de los servicios referidos. Por baremo se entiende el conjunto de ítems establecidos, en consenso, para evaluar un objeto. Actualmente, los baremos utilizados son: Baremo del Servicio de Ayuda a Domicilio (Consejería de Trabajo y Política Social de la Región de Murcia, 2001), Baremo del Servicio de Respiro Familiar, Baremo del Servicio de Teleasistencia, y Baremo del Servicio de Comidas a Domicilio (Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Molina de Segura, s.f.). Los baremos mencionados no se utilizan para valorar el acceso a servicios y prestaciones incluidas en el catálogo de la Ley 39/2006 (Ley de la dependencia), son resueltos por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Los trabajadores sociales, desde la observación y reflexión de la práctica profesional, se hacen la siguiente pregunta ¿Son los baremos, utilizados en el Servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes, los instrumentos más adecuados para valorar situaciones de necesidad de atención en el domicilio? ¿Una única escala de valoración de necesidades sociales de atención en el domicilio es válida para orientar intervenciones sociales, y en su caso, proponer recursos sociales de atención en el domicilio? Estas preguntas serán la guía del proceso de reflexión, investigación y análisis que confluirá en la propuesta de Escala de valoración integral de las necesidades social de atención en el domicilio.

METODOLOGÍA

La propuesta de Escala de valoración integral de las necesidades de atención en el domicilio se lleva a cabo mediante la revisión bibliográfica de fuentes documentales, la práctica profesional reflexiva de los trabajadores sociales del Servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes, del Centro de Servicios Sociales de la Concejalía de Bienestar Social del Ayuntamiento de Molina de Segura; la técnica de análisis documental del baremo que valora la situación de la dependencia (Real Decreto 174/2011) , la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF (OMS,2001), y los baremos utilizados en el Servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes: Baremo del Servicio de Ayuda a Domicilio (Consejería de Trabajo y Política Social de la Región de Murcia, 2001), Baremo del Servicio de Respiro Familiar, Baremo del Servicio de Teleasistencia, y Baremo del Servicio de Comidas a Domicilio (Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Molina de Segura, s.f.); la realización de un análisis DAFO con los trabajadores sociales del Servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes, y la elaboración de una propuesta de escala de valoración.

1) La revisión bibliográfica de fuentes documentales.

La revisión bibliográfica, como procedimiento estructurado, ha permitido localizar y recuperar información relevante para el objeto de esta comunicación. Los conceptos de búsqueda utilizados son: escala, valoración, necesidad, atención en el domicilio, dependencia, cuidador, necesidades de los mayores/dependientes y de los menores, autonomía personal, autocuidado, movilidad, vida doméstica, habilidades, convivencia, apoyo, dependencia, cuidador, cuidados no profesionales, red social, vivienda y entorno. El criterio utilizado para la selección de las referencias bibliográficas ha sido la utilidad de la información contenida en los documentos. Finalmente, la búsqueda se ha sintetizado, seleccionando únicamente aquellas referencias directamente relacionadas con las preguntas de reflexión, análisis e investigación.

2) Práctica profesional reflexiva.

La práctica profesional reflexiva, de los trabajadores sociales, forma parte del hacer profesional. La mirada curiosa hacia lo que llama la atención hace emerger una pregunta ante lo desconocido. La reflexión en la actividad profesional, en la toma de decisiones de manera permanente para dar respuesta o intervenir en las situaciones de necesidad y la reflexión posterior a la intervención profesional permite analizar la actividad realizada para aprender *en* la acción y *de* la acción (Ormazabal y Morales, 2016).

3) Técnica de análisis documental.

La técnica de análisis documental tiene como objetivo describir el contenido y analizarlo. Los soportes documentales a utilizar son: baremo que valoran la situación de la dependencia, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF y los baremos utilizados en el Servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes: Baremo del Servicio de Ayuda a Domicilio, Baremo del Servicio de Respiro Familiar, Baremo del Servicio de Teleasistencia, y Baremo del Servicio de Comidas a Domicilio,

4) Análisis DAFO.

El análisis DAFO, realizado con los trabajadores sociales, nos permite analizar el contexto interno y externo del Servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes para plantear soluciones a los problemas detectados o realizar una toma de decisiones más efectiva. Los trabajadores sociales, del servicio mencionado, analizan la viabilidad de una propuesta de cambio en los instrumentos de valoración que están utilizando en la práctica social. Para ello, mediante un análisis DAFO se analiza el contexto interno y externo del Servicio de Atención a Personas Mayores y

Dependientes. Posteriormente, se consensuan las áreas, dimensiones y variables de la propuesta de la escala de valoración, y se definen las mismas.

5) Propuesta de escala de valoración.

Corcorán y Fisher (2013) definen las escalas como procedimiento uniformes de administración y puntuación, contienen una serie de afirmaciones o preguntas estructuradas, diseñadas para obtener información sobre una situación o fenómeno objeto de análisis del trabajador social. Así, la propuesta de escala de valoración es un instrumento para valorar la necesidad de atención en el domicilio. Previamente, se han definido las áreas, dimensiones y las variables de investigación, se han concretado los indicadores y determinado los ítems, a observar, de cada variable, y se les ha asignado un valor numérico que facilite la estimación cuantitativa del grado de necesidad de atención.

RESULTADOS

Los resultados se presentan atendiendo a las preguntas guías del proceso de reflexión e investigación. Las preguntas, ya referidas anteriormente, son: ¿Son los baremos, utilizados en el Servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes, los instrumentos más adecuados para valorar situaciones de necesidad de atención en el domicilio? ¿Una única escala de valoración de necesidades sociales de atención en el domicilio es válida para orientar intervenciones sociales, y en su caso, proponer recursos sociales de atención en el domicilio? Esta última pregunta nos sitúa en un marco diferente, las personas que demandan la intervención del trabajador social son valoradas, de manera integral, respecto a las necesidades de atención en el domicilio, frente a valoraciones parciales según el recurso de atención en el domicilio demandado. La valoración integral de la persona permitirá detectar necesidades, problemas y capacidades en las siguientes esferas: funcional, cognitiva, familiar y social. Por otra parte, facilitará los indicadores sociales, que serán los puntos de referencia del trabajador social, para el diseño de la intervención social, y su seguimiento a medio o largo plazo, para mejorar la calidad de vida de las personas en su domicilio. Además, permitirá la optimización de los recursos utilizados (profesionales implicados y servicios prestados).

Analizados los instrumentos de valoración (baremo que valora la situación de la dependencia, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, los baremos utilizados en el Servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes -Baremo del Servicio de Ayuda a Domicilio, Baremo del Servicio de Respiro Familiar, Baremo del Servicio de Teleasistencia, y Baremo del Servicio de Comidas a Domicilio-) desde la práctica profesional reflexiva y la técnica de análisis documental se observa que los baremos utilizados en el Servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes solo son válidos para valorar el servicio objeto de

cada baremo, y no son válidos para valorar el resto de los servicios, ni para valorar las necesidades de atención en el domicilio, en su totalidad. Por otra parte, la aplicación, en la práctica profesional del baremo de valoración de la dependencia, es compleja sin los medios tecnológicos adecuados.

En base a lo anterior, los trabajadores sociales se plantean una propuesta de Escala de valoración integral de las necesidades de atención en el domicilio, para ello, analizan la viabilidad de la misma mediante un análisis DAFO, examinan las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, del Servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes. La suma de fortalezas y oportunidades observadas motiva la elaboración de una propuesta de Escala de valoración integral de las necesidades de atención en el domicilio. Las fortalezas y oportunidades observadas en la propuesta de la escala son las siguientes: la valoración integral de las necesidades de atención en el domicilio, la intervención profesional centrada en la persona, la mejora en la atención profesional y el incremento de la eficiencia profesional, la aportación de indicadores guía para la intervención social, la reducción de los instrumentos de trabajo, la facilitación de la toma de decisiones para orientar la intervención social, y la disminución de los tiempos en la tramitación del expediente.

A partir de la información obtenida en la revisión bibliográfica, se consensuan y definen las áreas, dimensiones, variables e indicadores de la propuesta de la escala de valoración. La tabla nº 1 muestra las cinco áreas que incluye la propuesta de la escala: autonomía personal, área socio-familiar, vivienda y entorno, área económica y otros factores. La puntuación máxima de la escala será de 150 puntos, distribuidos de la siguiente manera: la autonomía personal, máximo 64 puntos; el área socio-familiar, máximo 14 puntos; la vivienda y el entorno, máximo 10 puntos; el área económica, máximo 50 puntos; y otros factores, máximo 12 puntos.

Tabla nº 1. Propuesta de escala de valoración: áreas, dimensiones, variables e indicadores

ÁREA	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	Máxima Puntuación
1.AUTONOMÍA PERSONAL				64
MAYORES, DEPENDIENTES, DISCAPACITADOS	1.1.Autocuidado (personal y salud)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comer y beber. 2. Vestirse/desvestirse 3. Aseo. 4. Baño/ducha. 5. Continencia 6. Otros cuidados 7. Aplicar la prescripción médica. 8. Evitar riesgos dentro del domicilio. 9. Evitar riesgos fuera del domicilio 10. Solicita ayuda ante una urgencia 	Grado de ayuda que necesita para realizar las actividades de autocuidado.	30
	1.2.Movilidad		Grado de dificultad que presenta en la movilidad	4
	1.3.Vida doméstica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar comidas. 2. Hacer la compra. 3. Limpiar y cuidar la vivienda. 4. Lavar y cuidar la ropa 	Grado de ayuda que necesita para realizar las actividades de la vida doméstica.	12
	1.4.Habilidades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Decide sobre la alimentación cotidiana. 2. Decide sobre hábitos de higiene personal. 3. Gestión del dinero. 4. Gestión del uso de servicios públicos. 5. Dispone de su tiempo para realizar actividades de ocio. 6. Conducta social 	<p>Grado de ayuda que necesita para tomar decisiones, gestionar el dinero y el uso de servicios, disponer de su tiempo para desarrollar actividades de ocio.</p> <p>Grado de alteración de la conducta.</p>	18
MENORES	Necesidades físicas, cognitivas y emocionales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentación. 2. Vestido. 3. Aseo. 4. Baño/Ducha. 5. Cuidados de salud. 6. Supervisión y prevención de riesgos. 7. Necesidades cognitivas. 8. Necesidades emocionales. 	Jerarquía en la valoración del riesgo de la conducta de los padres u otros adultos hacia el menor.	64

2. SOCIO-FAMILIAR				14
	2.1.Situación familiar	1.Convivencia	Jerarquía formada por el tipo de convivencia y grado de dependencia de las personas que conviven.	4
		2 Apoyo Familiar	Grado de apoyo que prestan familiares u otras personas.	4
		3.Cuidador	Grado de dificultad para ejercer el rol de cuidador.	3
	2.2.Red social		Existen o no relaciones con las personas del entorno, y si éstas prestan apoyo o no.	3
3.ENTORNO Y VIVIENDA				10
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Entorno. 2. Condiciones de habitabilidad. 3. Condiciones de higiene. 4. Equipamiento. 5. Accesibilidad 	Jerarquía de entorno, de condiciones de habitabilidad, de condiciones de higiene y de accesibilidad.	
4. ECONÓMICA				50
	Capacidad económica		Renta per cápita personal en % IPREM.	50
5.OTROS FACTORES				12
TOTAL PUNTUACIÓN				150

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se definen cada una de las áreas mencionadas, así como las dimensiones, variables, e indicadores de la escala referidos en la tabla nº 1.

1) Área de Autonomía personal:

La *Autonomía personal* se define como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo

con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (Ley 39/2006:44144). Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) son las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas (Ley 39/2006:44144).

La propuesta de escala de valoración, para valorar las necesidades de las personas mayores, discapacitadas o dependientes, ha mantenido los ítems relacionados con las variables de las Actividades de la Vida Diaria (Escala Barthel) y las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (Escala de Lawton y Brody) referidos en la Guía informativa del procedimiento del Servicio de Ayuda a Domicilio (Consejería de Trabajo y Política Social de la Región de Murcia, 2001), añadir que se han incorporado otros ítems referidos a: otros cuidados corporales, evitar riesgos dentro del domicilio, evitar riesgos fuera del domicilio, solicitar ayuda ante una urgencia. El ítem “labores del hogar” se ha desglosado en dos ítems relacionados con las variables limpiar y cuidar la vivienda, y lavar y cuidar la ropa. Además, en esta área se ha incorporado un conjunto de ítems para analizar la dimensión de habilidades sociales.

Las dimensiones que componen el área de autonomía personal son: autocuidado, movilidad, vida doméstica, y habilidades.

El autocuidado se define como las actividades que realiza una persona para el cuidado personal, entendido como lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y de las partes del cuerpo, la higiene relacionada con los procesos de excreción, vestirse, comer y beber y cuidar de la propia salud (OMS, 2001:157). También se incluirá en esta dimensión el autocuidado de la salud, entendiéndose por ello, el cuidar de uno mismo siendo consciente de las propias necesidades y haciendo lo necesario para cuidar de la propia salud, tanto para reaccionar frente a los riesgos sobre la salud, como para prevenir enfermedades, buscar asistencia médica, seguir consejos médicos y de otros profesionales de la salud; y evitar riesgos para la salud (OMS, 2001). Las variables para analizar la dimensión del autocuidado son: comer/beber, vestirse/desvestirse, asearse (lavarse/arreglarse), bañarse/ ducharse, continencia de esfínteres (micción/defecación), otros cuidados corporales (manicura, pedicura...), aplica la prescripción médica, evita riesgos dentro del domicilio, evita riesgos fuera del domicilio y solicita ayuda ante una urgencia. El indicador es el grado de ayuda que necesita para realizar la actividad relacionada con el autocuidado. Los ítems que permiten observar cada una de las variables referidas se gradúan en una escala de 0 a 3, tomando los valores 0 si no requiere ayuda (persona independiente, autónoma), valor 1 si requieren una mínima ayuda (dependiente leve), valor 2 si requiere

frecuentemente ayuda (dependiente moderado), valor 3 requiere siempre ayuda (completamente dependiente).

La *movilidad* hace referencia al movimiento que realiza una persona al cambiar el cuerpo de posición o de lugar, al coger, mover o manipular objetos, al andar, al moverse o al desplazarse utilizando medios de transporte (OMS, 2001:146). El indicador de la dimensión de movilidad es el grado de dificultad que presenta la persona para la movilidad. Los ítems que permiten observar la movilidad se gradúan en una escala de 0 a 4, tomando los valores 0 si camina sin dificultad (persona independiente, autónoma); valor 1 si camina con dificultad, necesita supervisión (dependiente leve); valor 2 si camina con mucha dificultad, necesita ayuda (dependiente moderado); valor 3 si no camina, utiliza silla de ruedas (dependiente severo); valor 4 si no camina, permanece encamado o de la cama al sillón y viceversa (completamente dependiente).

La *Vida doméstica* trata de las actividades que realiza una persona para llevar a cabo tareas y acciones domésticas y cotidianas, que incluye la adquisición de lo necesario para vivir, las tareas del hogar, el cuidado de los objetos y del hogar, y ayudar a otros familiares (OMS, 2001). Las variables para analizar la dimensión de vida doméstica son: preparar comidas, hacer la compra, limpiar y cuidar la vivienda, y lavar y cuidar la ropa. El indicador es el grado de ayuda que necesita para realizar la actividad relacionada con la vida doméstica. Los ítems que permiten observar cada una de las variables referidas se gradúan en una escala de 0 a 3, tomando los valores 0 si no requiere ayuda (persona independiente, autónoma); valor 1 si requieren una mínima ayuda (dependiente leve); valor 2 requiere frecuentemente ayuda (dependiente moderado); valor 3 requiere siempre ayuda (completamente dependiente).

Habilidades sociales son el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1986 citado en Caballo 2009:6). Las habilidades sociales varían según el marco cultural y factores como la edad, sexo, la clase social y la educación. Las variables para examinar la dimensión de las habilidades son: Decide sobre la alimentación de la vida cotidiana, decide sobre los hábitos de higiene personal, gestión del dinero, gestión del uso de servicios (públicos y privados), dispone de su tiempo para realizar actividades de ocio y conducta. El indicador para observar las variables es el grado de ayuda que necesita para tomar decisiones, gestionar el dinero, utilizar los servicios y disponer de su tiempo para desarrollar actividades de ocio. Los ítems que permiten observar cada una de las variables referidas se gradúan en una escala de 0

a 3, tomando los valores 0 si no requiere ayuda (persona independiente, autónoma); valor 1 si requieren una mínima ayuda (dependiente leve); valor 2 si requiere frecuentemente ayuda (dependiente moderado); valor 3 requiere siempre ayuda (completamente dependiente). El indicador para observar la variable conducta es el grado de alteración de la misma en las normas y hábitos sociales, impidiendo el ajuste al medio social y cultural. Los ítems que permiten observar la conducta se gradúan en una escala de 0 a 3, tomando el valor 0 la conducta adaptada, el valor 1 la conducta con alteraciones leves, el valor 2 la conducta con alteraciones moderadas, y el valor 3 la conducta con alteraciones graves o inadaptación.

La valoración de necesidades en éste área, en menores y sus familias, se realizará a partir de las situaciones de desprotección: negligencia física y negligencia emocional recogidos en el Instrumento para la valoración de la gravedad de situaciones de desprotección infantil (Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, 2010). Concretamente, se referirá la negligencia física hacia las necesidades físicas, las necesidades de seguridad, las necesidades cognitivas y formativas básicas del menor que no son atendidas, temporalmente o permanentemente, por sus padres u otros miembros de la familia, exponiendo al menor a situaciones de riesgo por sufrir daño físico o emocional. Las variables, a partir de las que se elaboran los ítems, son: alimentación, vestido, aseo, baño/ducha, cuidados de salud (negligencia hacia las necesidades físicas), supervisión y prevención de riesgos (negligencia hacia las necesidades de seguridad), necesidades de estimulación y aprendizaje (negligencia hacia las necesidades cognitivas) y situaciones de carencias en interacciones y afecto, en atención a problemas emocionales y en la definición de normas, límites y valores positivos (negligencia hacia las necesidades emocionales). Se analizará la conducta de los padres u otros adultos hacia los menores. El indicador para medir la variable es la jerarquía en la valoración del riesgo de la conducta de los padres u otros adultos hacia el menor. Los ítems se refieren a las conductas de los padres u otros adultos hacia el menor, en relación a las variables referidas, y el grado de riesgo, que presentan las conductas, se gradúa en: sin riesgo, riesgo leve, riesgo grave y riesgo muy grave, tomando los valores 2, 4, 6, 8 respectivamente.

2) *Área socio-familiar*

Esta área se compone de las siguientes dimensiones: situación familiar y red social. La dimensión situación familiar se define como el conjunto de circunstancias familiares que rodean a una persona y determinan su estado, se compone de tres variables: convivencia familiar, apoyo familiar y cuidador.

A continuación, se definen cada una de las variables. La *convivencia familiar* se define como un grupo de personas que viven juntas, en compañía de otros, y están

emparentadas entre sí (RAE, 2014). El indicador de esta variable es la jerarquía formada por el tipo de convivencia y el grado de dependencia de las personas que conviven. Los ítems de observación, y su valores, son los siguientes: Convive con pareja, cónyuge u otros familiares autónomos, valor 0 ; vive solo, sin dependencia física, psíquica o sensorial, valor 1; convive con cónyuge, pareja u otros familiares con dependencia física, psíquica o sensorial o varias de ellas, valor 2; y vive solo con dependencia física, psíquica o sensorial, valor 3; convive con pareja, cónyuge u otros familiares, todos presentan dependencia física, psíquica o sensorial, o varias de ellas. Otras situaciones de convivencia que representan un riesgo social para alguna de las personas que conviven juntas, valor 4.

La variable *apoyo familiar* es un concepto que expresa el apoyo, protección o favor que prestan los familiares. Para medir esta variable, se utilizará como indicador el grado de apoyo que prestan los familiares u otras personas. Los ítems de observación y sus valores son: Familiares u otras personas prestan apoyo, no precisan servicios complementarios, valor 0; familiares u otras personas prestan, con cierta periodicidad, apoyo, precisan ocasionalmente servicios complementarios, valor 1; familiares u otras personas prestan insuficiente apoyo, precisan servicios de complementarios, valor 2; familiares u otras personas no prestan apoyo. Relación difícil, conflictiva o inexistente con familiares u otras personas, valor 3; familiares u otras personas no prestan apoyo. Sin familiares u otras personas que puedan prestarle apoyo, valor 4.

La variable *cuidador* se define como aquel individuo que dedica una gran parte de su tiempo, medido en número de horas al día, al cuidado de dicho enfermo y que ha realizado las tareas de cuidado durante un mínimo de 6 semanas (Dwyer, Lee y Jankowski, 1994; Roig, Abengozar y Serra, 1998, citados en Crespo y López, 2007). Los cuidadores realizan cuidados no profesionales, y se definen como la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada (Ley 39/2006:44144). Por dependencia se entiende el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (Ley 39/2006:44144). Los cuidadores de una persona dependiente prestan atención y cuidados en las actividades básicas de la vida diaria y posibilitan apoyo para facilitar la autonomía personal de la persona dependiente. Además, los cuidadores deben hacer frente a una gran cantidad de tareas, continuamente cambiantes, que desbordan con frecuencia sus posibilidades reales. La rutina diaria del cuidador se ve afectada, y atrapada entre el cuidado de un

familiar dependiente, con dificultades continuas o deterioro progresivo, y la imposibilidad de prestarse atención a sí mismo y su familia. El cuidador suele sufrir problemas de sueño, carece de tiempo para sí mismo, siente que no tiene libertad, abandona las relaciones sociales y descuida su propia familia, pudiendo surgir conflictos con la pareja, hijos u otros familiares. Todos estos elementos pueden motivar la aparición de agotamiento emocional, estrés o cansancio en los cuidadores, conocido como síndrome de sobrecarga del cuidador (Peinado y Garcés, 1998 83-92).

Tomando en consideración el rol del cuidador, el ejercicio de éste se ve afectado por la edad avanzada del cuidador, la realización de actividad laboral fuera del hogar, la presencia de problemas de salud o socio-familiares, de dificultades para tomar decisiones y gestionar el contexto de cuidados de la persona dependiente. Así, el indicador a utilizar para medir esta variable es el grado de dificultad para ejercer el rol de cuidador. Los ítems de observación y sus valores son: el cuidador ejerce los cuidados, no tiene dificultades, valor 0; el cuidador ejerce los cuidados, presenta alguna dificultad, valor 1; el cuidador ejerce los cuidados, presenta con frecuencia dificultades, valor 2; el cuidador ejerce los cuidados, presenta siempre dificultades, valor 3.

La dimensión *Red social* se define como la red de las relaciones existentes entre las personas implicadas en un entorno, refleja una variedad de relaciones y es un medio de integración social y de implicación de las personas en su entorno social. Las interacciones, en la red social de una persona, se caracterizan por el grado de vinculación y el contenido del flujo de la comunicación (Requena, 1989). El indicador a medir es si existen o no relaciones con las personas del entorno y si éstas prestan apoyo, o no. Los ítems de observación y valores asignados son: existe relación con las personas del entorno, prestan apoyo social, valor 0; existe relación con las personas del entorno, no prestan apoyo social, valor 1; no existe relación con las personas del entorno, no prestan apoyo social, valor 2; no existe relación con las personas del entorno, no prestan apoyo social. Existe aislamiento, relaciones sociales conflictivas o de rechazo social, valor 3.

3) *Área Vivienda y entorno*

La vivienda se define como un lugar cerrado y cubierto construido para ser habitado por personas (RAE, 2014). El área de vivienda y entorno se analiza de acuerdo a las siguientes variables: entorno, condiciones de habitabilidad y de higiene, equipamiento y accesibilidad. El indicador a utilizar es la jerarquía en la clasificación del entorno de la vivienda, de condiciones de habitabilidad y de higiene, y tipo de equipamiento. El indicador para la variable accesibilidad es la presencia de barreras arquitectónicas. Así, los ítems para valorar la ubicación de la vivienda, se define a partir del entorno dónde se ubica, urbano, rural o aislada, tomando

respectivamente los valores 0, 1, y 2. Las condiciones de habitabilidad y de higiene, así como el equipamiento de la vivienda, se valoran como buenas, aceptables y deficientes, se aplica la escala referida, tomando también los valores 0, 1, 2. La accesibilidad en la vivienda (interior y exterior) se valora con los siguientes ítems y valores asignados: no presenta barreras arquitectónicas, valor 0; si presenta barreras arquitectónicas, son salvables, valor 1; y si presenta barreras arquitectónicas, valor 2.

4) Área económica

La dimensión del área económica es la capacidad económica, hace referencia a los ingresos económicos derivados del trabajo, pensiones, rentas de capital o de patrimonio y del patrimonio. Para su valoración se establece como indicador, la renta per cápita personal en €/mes. El ítem a observar es renta per cápita en intervalos de porcentajes del IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples). Los intervalos se definen con un rango de treinta y seis unidades, y se le asigna un valor: renta per cápita superior o igual al 219,01% del IPREM toma el valor 0; renta per cápita superior o igual al 183,01% del IPREM y menor o igual al 219 % del IPREM toma el valor 10; renta per cápita superior o igual al 147,01% IPREM y menor o igual a 183% toman el valor 20; renta per cápita superior o igual al 111,01% IPREM y menor o igual a 147% IPREM toman el valor 30; renta per cápita superior o igual ingresos superiores o iguales al 75,01% IPREM y menor o igual a 111 % IPREM toma el valor 40; renta per cápita menor o igual al 75 % IPREM toma el valor 50.

5) Área otros factores

El área otros factores, refleja situaciones que no se han valorado en las áreas ya mencionadas, el indicador para valorar esta área es la existencia de factores excepcionales, y son: familias con graves cargas que necesitan apoyo para atender a su familiar o circunstancias excepcionales que presenta el solicitante (partos múltiples, fallecimiento, progenitores de edad avanzada u otras); conviven con el interesado otras personas con dependencia /discapacidad; o el cuidador presenta edad avanzada, realiza actividad laboral fuera del hogar, presenta problemas familiares, de salud, presenta dificultades para gestionar el contexto de cuidados de la persona dependiente o tomar decisiones. Cada uno de los tres ítems se valora de manera independiente, no son excluyentes, cada uno de ellos tiene un valor de 4.

6) Notas

El área de nota es un espacio donde se puede dejar constancia de otros aspectos de la persona valorada, por ejemplo, referir los problemas de salud que afectan al desempeño de las actividades cotidianas de la persona; la descripción del funcionamiento social de la persona; la identificación del tipo de apoyos o servicios

complementario, la anotación de las barreras en el entorno u otras observaciones de interés para la valoración.

7) Propuesta de intervención social

La intervención en Trabajo Social implica una serie de subprocesos de intervención social orientados a promover el cambio social. Los subprocesos que desarrolla el trabajador social son: subproceso de información, de asesoramiento y orientación, de apoyo y escucha, subproceso asistencial, subproceso de supervisión y seguimiento, subproceso evaluativo, subproceso de derivación, de coordinación, y subproceso educativo (Fernández, 2008:201-211).

Se trata de diseñar la intervención social adecuada a la valoración de las necesidades, de atención en el domicilio, detectadas; y según el caso, aplicar las técnicas y/o recursos necesarios.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Finalizado el proceso de reflexión, investigación y análisis guiado por la preguntas referidas al inicio de esta comunicación, se observa que una vez analizados los instrumentos de valoración, se concluye que los baremos utilizados en el Servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes solo son válidos para valorar el recurso o servicio objeto de cada baremo, y no son válidos para valorar el resto de los servicios, ni para valorar las necesidades de atención en el domicilio, en su totalidad. Y, la aplicación, en la práctica profesional, del baremo de valoración de la dependencia, es compleja sin los medios tecnológicos adecuados.

La práctica profesional reflexiva y la realización del análisis DAFO consideran viable la elaboración de una propuesta de Escala de valoración integral de las necesidades de atención en el domicilio.

La revisión bibliográfica de fuentes documentales ha facilitado información para consensuar y definir las áreas, dimensiones, variables e indicadores de la propuesta de la escala de valoración. Las áreas definidas son: autonomía personal, área socio-familiar, vivienda y entorno, área económica, y otros factores, tales como características excepcionales que dificulten la satisfacción de las necesidades de atención en el domicilio.

La propuesta, Escala de valoración integral de las necesidades de atención en el domicilio, emerge como una herramienta de diagnóstico social, entendiendo por diagnóstico social el procedimiento por el cual se sistematizan los datos e información sobre la situación problema de una realidad, determinando la naturaleza

y magnitud de las necesidades y problemas que afectan a la situación analizada (Diccionario de Trabajo Social, 1995 citado en Fernández, 2008:143).

Surge, en primer lugar, de la necesidad, por parte de los trabajadores sociales, de valorar de manera objetiva e integral las necesidades de atención en el domicilio para prestar una atención integral y centrada en la persona, que responda con flexibilidad a sus necesidades, mediante la provisión de uno o varios recursos de atención en el domicilio. Y, en segundo lugar, de la necesidad de optimizar la práctica profesional reduciendo el número de instrumentos que valoran la necesidad de recursos de atención en el domicilio.

La valoración, mediante la escala, facilita la elaboración de una estrategia global de intervención social, la supervisión y seguimiento a medio, o largo plazo para la consecución de los objetivos marcados y orientados a promover el cambio sociopersonal.

Actualmente, esta propuesta, instrumento de diagnóstico para los trabajadores sociales, está en fase de pilotaje para determinar si se trata de un instrumento de valoración válido, fiable y objetivo.

La validación de esta propuesta de escala de valoración robustecerá la práctica profesional. Por otra parte, los trabajadores sociales que ejercen su actividad en el marco de la prestación de servicios para la Autonomía personal, atención en el domicilio y respiro familiar dispondrán de un instrumento de diagnóstico que posibilitará la optimización de la práctica profesional. Además, la aplicación de la escala aporta indicadores tangibles, sujetos a comprobación y a ser medidos, ello permitirá objetivar el conocimiento en el área de las necesidades de las personas mayores y dependientes, o de familias y menores.

Finalmente, destacar que la aplicación de la Escala de Valoración Integral de Necesidades de Atención en el Domicilio, orientada a personas mayores, dependientes, discapacitadas y/o familia/menores, suscita un cambio de paradigma y de protocolos en las intervenciones sociales, que no son objeto de esta comunicación por cuestiones de espacio.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a todas las personas implicadas en el Servicio de Atención a Personas Mayores y Dependientes, del Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Molina de Segura. En especial, a las personas que se atienden en el servicio, por lo que cada día nos enseñan, y a los trabajadores sociales, que con sus aportaciones y comentarios, han enriquecido la comunicación presentada.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Caballo, V. (2009). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (octava impresión). Madrid: Edit. Siglo XXI.

Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Molina de Segura (s.f.). Baremo del Servicio de Respiro Familiar, Baremo del Servicio de Teleasistencia, Baremo del Servicio de Comidas a domicilio. Molina de Segura: Ayuntamiento de Molina de Segura.

Corcoran, K. y Fischer, J. (2013). Measures for clinical practice and research: a sourcebook (5th ed.). New York: Oxford University Press.

Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración (2011). Manual S.I.U.S.S. V 4.04. Módulo de Ayuda a Domicilio – Baremo. Secretaría General de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Región de Murcia. España. Disponible en el Servicio de Planificación y Evaluación de la Dirección General de la Consejería de Sanidad y Política Social.

Consejería de Trabajo y Política Social de la Región de Murcia (2001). Guía informativa del procedimiento del Servicio de Ayuda a Domicilio. Para profesionales de los Centros de Servicios Sociales. Murcia: Consejería de Trabajo y Política Social. Dirección General de Política Social.

Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia (2010). *Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil. Servicios Sociales de Atención Primaria y Especializados de la Región de Murcia.* Murcia: Región de Murcia. Recuperado de [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=9415&IDTIPO=246&RASTRO=c886\\$m5855](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=9415&IDTIPO=246&RASTRO=c886$m5855)

Crespo, M. y López, J. (2007). El apoyo a cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Como mantener su bienestar”. Premio IMSERSO “Infanta Cristina” 2006. Premio a Estudios e Investigaciones Sociales. Edit. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO): Madrid. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>

Fernández, T. (2008). *Trabajo Social con casos*. Madrid: Alianza Editorial.

Hernández Sampieri, R; Fernández Collaco, C. y Baptista P. (2010). *Metodología de investigación (5ª edición)*. México: McGraw Hill.

Las Heras, P. y Cortajarena, E. (1984). *Introducción al bienestar social*. Navarra: Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales.

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*. Madrid, 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142-44156.

Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Catálogo de Referencia de Servicios Sociales. Aprobado por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Edit.: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Madrid. Recuperado de:

<https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/docs/CatalogoServiciosSociales.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Ginebra.

Recuperado de: https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf

Ormazabal, W.G. y Morales, P. (2016). Hacia una práctica pre-profesional reflexiva en la formación de los trabajadores sociales. Azarbe. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, nº 5, 69-77. Edit. Universidad de Murcia, Edit.um, Facultad de Trabajo Social: Murcia

Peinado, A.I y Garcés, E.J. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de psicología*, 1998, 14 (1): 83-93. Murcia: Universidad de Murcia. Recuperado de: http://www.um.es/analeps/v14/v14_1/mv08v14-1.pdf

Real Academia Española (RAE) (2014). *Diccionario de la lengua española (23ª ed.)*. Edición del Tricentenario. Madrid: Real Academia Española. Recuperado de: <http://www.rae.es/>.

Requena, F. (1989). El concepto de red social. *Reis* 48/89, 137-152. Recuperado de: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_048_08.pdf

Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la 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*. Madrid, 18 de febrero de 2011, núm. 42, pp. 18567-18691. Recuperado de:

<https://www.boe.es/boe/dias/2011/02/18/pdfs/BOE-A-2011-3174.pdf>

9.1.3. LA SITUACIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL

EL RIESGO PSICOSOCIAL EN EL TRABAJO SOCIAL

Dña. María Luisa Navarro Medina
Trabajadora social, Directora de Servicios Sociales de Yecla.

Resumen

Los trabajadores y las trabajadoras sociales y demás profesionales de lo social, debemos empezar por nosotros mismos a tomar conciencia que el ejercicio de nuestra profesión conlleva estar en constante exposición al riesgo psicosocial y sus consecuencias, para visibilizar y reivindicar a las instituciones en las que trabajamos, que es preciso que se pongan en marcha una serie de medidas de prevención, protección y cuidados, que permitan la reducción de factores de riesgo, puesto que somos el principal recurso de apoyo y repercute en la calidad del servicio prestado a las personas.

Palabras clave

RIESGO PSICOSOCIAL-PREVENCIÓN-CUIDADOS

Introducción

Los trabajadores y trabajadoras sociales y demás profesionales que desempeñamos nuestra labor en Centros Sociales, estamos firmemente comprometidos con el desarrollo de los derechos humanos, mediante la dedicación a personas y grupos con menos posibilidades, a personas con mayor vulnerabilidad social; nuestro trabajo se basa en la relación de ayuda hacia estos colectivos, donde la principal herramienta son nuestra capacidad y actitud, por ello es evidente que se debería hacer un esfuerzo por cuidar a los profesionales, que en definitiva son el principal recurso de ayuda en la intervención social. Cuidar de los profesionales maximiza su competencia con las personas atendidas.

Las capacidades se pueden mejorar con la formación y la práctica profesional diaria, siendo este un aspecto que tanto desde la planificación de la política social, como por nosotros los profesionales tenemos incorporada su necesidad, pero tanto las instituciones como nosotros mismos no atendemos ni priorizamos nuestro cuidado tanto profesional como personal, no somos conscientes del riesgo que conlleva un trabajo diario en un contexto social lleno de incertidumbres y de dificultades, tenemos que empezar a tomar conciencia, del grave riesgo que supone no desarrollar nuestro ejercicio profesional en un entorno laboral que nos proteja y

cuide para reivindicar que se adopten las medidas oportunas de prevención, protección y reducción de factores de riesgo.

Según Carmina Puig I Cruell (2011), en su artículo “Cuidarse para poder cuidar. Atendiendo el malestar de las profesiones sociales”, destaca que es necesario generar consciencia sobre los efectos que produce en los profesionales el trabajar con situaciones de riesgo psicosocial y promover la atención y la pro-actividad en lugar de instalarse en el malestar. De lo contrario este malestar se traslada al interior de los equipos y, en última instancia, también a las personas atendidas. Se busca contribuir a la construcción de una mirada colectiva y así fundar una cultura del cuidado profesional.

Definición

Los Riesgos Psicosociales, son los riesgos específicos a los que los profesionales estamos expuestos, por la gestión en el ejercicio de nuestra profesión, que pueden causar daños a la salud física, psíquica y emocional.

Los factores de riesgo vienen derivados por los siguientes aspectos:

a) Por estar sometidos al exceso a una serie de exigencias psicológicas derivadas de:

- tener más trabajo del que podemos realizar en el tiempo asignado, produciéndose una excesiva sobrecarga laboral.
- Realizar un trabajo que requiere un gran esfuerzo intelectual, toma de decisiones que repercuten en la vida de otras personas, controlar muchas cosas a la vez y todo esto unido a la falta de recursos necesarios.
- Sector de población al que atendemos de forma cotidiana y que establecen procesos transferenciales de emociones y sentimientos; son personas con baja instrucción, desconocimiento de la normativa que regula las ayudas y recursos sociales, con problemas derivados de enfermedades mentales o consumos de sustancias tóxicas, escaso nivel de resistencia a la frustración o que se encuentran en situaciones de extrema necesidad personal o familiar y por tanto con una gran vulnerabilidad psicológica y social, generando todas estas situaciones una sobrecarga emocional en los profesionales. Cada día nos enfrentamos al dolor y al sufrimiento, que confrontamos con nosotros mismos.
- Tener que esconder emociones, sentimientos y opiniones.
- Falta de respeto, reconocimiento y trato justo.

b) Por la escasez de compensaciones tales como:

- Inseguridad contractual, cambio de jornadas y de horarios, ausencia de perspectivas de promoción o realizar tareas que estén por debajo de la propia cualificación.

c) Por la doble presencia:

- El trabajo social es una profesión todavía elegida mayoritariamente por el sexo femenino, y sigue siendo una realidad que las mujeres son las que se deben enfrentar principalmente a los problemas de conciliación existente por tener que compaginar la vida laboral y familiar.

d) Violencia en el lugar de trabajo:

Somos una profesión comprometida con los derechos sociales de la ciudadanía y el desarrollo del Sistema de Bienestar, pero para garantizar la calidad de atención social, es necesario el respeto de los derechos fundamentales de los profesionales.

Algunos usuarios de Servicios Sociales cuando no se puede dar respuesta a su situación de necesidad de manera inmediata, o no se acepta la propia responsabilidad en la situación/problema, responsabilizan a la Administración la resolución del conflicto planteado y descargan en los técnicos su malestar.

También suelen darse situaciones de gran tensión en lo referente a la protección de menores o de otros colectivos que puedan encontrarse en situación de riesgo, llegándose a producir situaciones de “violencia en el lugar de trabajo”.

La agresión psicológica/verbal es la que mayormente se produce en la atención con nuestros usuarios, cabe decir que la mayoría tienen un trato adecuado hacia los técnicos, pero cuando se produce la agresión verbal de manera repetida en el tiempo a lo largo de nuestra carrera profesional, acaba por producir un gran impacto psíquico y emocional.

Según la OMS, la violencia en el trabajo se define como “Todo aquel incidente en el que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente a su seguridad, bienestar o salud”, esto es cualquier tipo de agresión que comporte daño físico, psíquico o moral.

Igualmente, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce que las profesiones que presenta un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia son aquellas que tienen un contacto estrecho con usuarios.

La Comisión Europea, a través de la Directiva Marco 89/391/CEE de aplicación de medidas para promover la Seguridad y la Salud de los

trabajadores, obliga a la prevención de la violencia en el trabajo y hace responsables a los empresarios de velar por que los trabajadores no sufran daños en el medio laboral.

Las situaciones de violencia se vienen produciendo por diferentes factores:

- Normalización de actos violentos en la atención al público, es común asumir la violencia como algo inherente al desempeño de nuestra profesión y por tanto a minusvalorar la necesidad de establecer medidas preventivas en el entorno laboral.
- Con frecuencia se cree que la agresión es algo que puede ocurrir en cualquier momento, pero si se establecen las medidas preventivas adecuadas una vez identificados los factores de riesgo, disminuye el número de agresiones.
- Existen una gran proporción de situaciones de agresión que nunca son denunciadas o puestas en conocimiento de los superiores, por miedo a la persona agresora, por sentimientos de incompreensión, porque nunca se han tomado medidas sancionadoras o por la gran sobrecarga de trabajo y no hay tiempo para invertir en la propia seguridad.

Efectos sobre la salud

Según un gran número de estudios demuestran que el riesgo psicosocial, tiene efectos nocivos sobre la salud y se manifiestan principalmente a través de:

a) Estrés laboral crónico, este supone un ajuste inadecuado entre la persona y el entorno laboral, debido a las demandas de la realidad laboral que deben ser satisfechas por el individuo, como a las demandas del individuo que deben ser satisfechas por la realidad laboral. Es decir, es un desajuste entre las demandas de la institución hacia el profesional y de este hacia la institución.

b) Burnout o síndrome de estar quemado en el trabajo (es un síndrome que se produce principalmente en las profesiones que trabajan con personas como son las sociales y las sanitarias), se trata de una respuesta del estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

c) Otros efectos indeseables en la salud son

Dolores de cabeza, problemas de alimentación, afectación al sistema cardiovascular, respiratorio, musculoesquelético, inmunitario, digestivo, dermatológico, endocrino, problemas psicosomáticos, de insomnio, ansiedad, dificultad de concentración, de memoria, fatiga psicológica, y problemas de salud mental.

Además, la exposición a riesgos psicosociales de los trabajadores y las trabajadoras sociales repercute en sus vidas familiar y social, así como a la calidad del servicio prestado.

Y todo esto pudiendo llevar al profesional a bajas laborales incluso en algunos casos abandono del trabajo.

Debemos tomar conciencia

Diferentes normativas señalan el derecho y el deber de los trabajadores sociales de cuidarse y de la obligación de la institución o empresa empleadora en destinar los recursos y establecer las medidas necesarias, pudiendo participar los trabajadores en el diseño de estas medidas.

En la **Declaración de Principios de la Federación Internacional del Trabajo Social (FITS), (2004)**, artículo 5.6 se señala que, en cuanto a la conducta profesional, “Los trabajadores sociales tienen el deber de hacer lo necesario para cuidar de sí mismos, profesional y personalmente en el lugar de trabajo y en la sociedad, para asegurarse de que pueden ofrecer los servicios adecuados”.

La **Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de riesgos laborales**, pone límite a la facultad de organización del trabajo del empleador o institución empleadora, exigiendo que esta se ejerza de un modo no perjudicial para la salud de los trabajadores y las trabajadoras, por lo que, si la organización y la ordenación del trabajo son susceptibles de producir daños en la salud y seguridad, serán por tanto objeto de evaluación y planificación preventiva.

Siguiendo con la mencionada Ley, su artículo 18.2, indica que el empleador deberá consultar a los trabajadores y trabajadoras y permitir su participación en el marco de todas las cuestiones que afecten a la seguridad y salud en el trabajo. Los trabajadores y las trabajadoras tendrán derecho a efectuar propuestas al empleador, así como a los órganos de participación y representación dirigidas a la mejora de los niveles de protección de la seguridad y la salud en la empresa.

La institución empleadora es responsable de la seguridad de sus trabajadores, por ello debe poner los medios adecuados para garantizar la misma, el centro de trabajo deberá reunir aquellas condiciones que faciliten el adecuado desempeño en el puesto de trabajo. Nuestro lugar de trabajo ha de ser un lugar seguro, garantizar un clima agradable y una atención de calidad para la ciudadanía.

Por lo tanto, es importante que como trabajadores y trabajadoras exijamos el cumplimiento de la norma y participemos en la gestión preventiva de la empresa, poniendo de manifiesto las características de la organización del trabajo, que nos están influyendo negativamente en nuestra salud y en nuestra seguridad, es necesario evidenciar, notificar y denunciar, la exposición a los riesgos psicosociales que entraña nuestra profesión para buscar y exigir soluciones.

Carmina Puig (2011) señala que, “Las organizaciones y los profesionales deben destinar los recursos suficientes, para evitar el grave riesgo que comporta no atenderse y no cuidarse; por rentabilidad económica, por razones de prevención ante el desgaste y la no implicación en la organización, así como por razones de calidad del servicio que se ofrece a las personas”.

Medidas de prevención del riesgo psicosocial

a) Crear, fortalecer, fomentar los **equipos de trabajo** y el sentimiento de grupo. Crear espacios que permitan intercambiar conocimientos, actitudes, puntos de vista, sentimientos, es imprescindible pues transforma nuestra manera de ver las cosas y esto es saludable.

b) Supervisión, supone un espacio de reflexión sistemática de la acción sin funciones de control, que permite resolver dudas, debatir conflictos y que fluya la subjetividad de los participantes. La supervisión se basa en la experiencia y la práctica profesional con el fin de mejorarla, se trata de pensar en lo que se hace, para devolverlo a las personas atendidas. La supervisión permite que puedan ser reconocidos problemas que se sufren en el trabajo y por tanto tiene efectos terapéuticos pues posibilita la elaboración de dificultades de forma cooperativa.

c) Definición de puestos, tareas, funciones, responsabilidades y margen de autonomía.

d) Disponer de la **información adecuada y con anticipación** ante cualquier situación de cambio que repercute en el adecuado desempeño del trabajo.

e) Reconocimiento del riesgo psicosocial por parte de la institución empleadora y que desde la mutua de trabajo con el objetivo de proteger a los profesionales, deberá contemplar en los Planes de Prevención de Riesgos Laborales, que el riesgo psicosocial es algo inherente a nuestra profesión para adoptar las medidas de prevención oportunas, tales como; estudio del riesgo psicosocial para elaborar programas de formación en la prevención de riesgos laborales, formación en habilidades para poder afrontar situaciones de conflicto, medidas de autoprotección y autocuidados profesionales, y realizar el seguimiento de las medidas preventivas.

e) Talleres dirigidos a los/as profesionales en los centros de trabajo, sobre autoconocimiento y autocuidados, partiendo de las necesidades sentidas y donde se trabajen temas como el estrés, las emociones, los pensamientos, la conducta, habilidades de asertividad, reorganización de los tiempos de trabajo, etc.

Medidas de prevención de situaciones de agresión que permitan minimizar el riesgo psicosocial

a) Adecuar los espacios y facilitar la dotación de medidas preventivas y disuasorias que sean necesarias en los Centros de Servicios Sociales y otras instituciones, tales como:

- Cámaras de vigilancia en salas de espera y despachos, en estos últimos para utilizar con el consentimiento del usuario.
- Acceso restringido mediante bloqueo de las puertas de las salas de espera a los espacios de atención al usuario.
- Sistema antipánico telemático para todos los puestos de trabajo, que conlleva pulsar en el teclado del ordenador una/s teclas, que generan una señal de alarma en todas las pantallas de los equipos informáticos del Centro de Servicios Sociales.
- Presencia Policial en las dependencias del Centro, principalmente en horas de atención al público.
- Salas de espera con material de lectura y entretenimiento.
- Buzón de sugerencias, quejas, felicitaciones con un procedimiento de respuesta.
- Carteles disuasorios en relación con las agresiones en las salas de espera.

b) Existencia de Reglamento de Régimen Interno en los Centros de Servicios Sociales, con procedimiento de valoración de la infracción y la sanción que se estime conveniente, para cuando ya se ha producido la agresión; la ejecución de los mecanismos sancionadores debe ser realizada para garantizar la seguridad y los derechos de los ciudadanos y de los profesionales.

c) Procedimiento interno de atención ante previsibles situaciones de violencia, donde la atención al usuario o familia se llevará a cabo entre dos profesionales.

Conclusiones

Es necesario **concienciarnos para visibilizar el riesgo psicosocial** en la profesión del trabajo social y que se puedan tomar medidas necesarias.

Debemos **crear un espacio de intercambio y reflexión**, para conocer cómo se gestionan las situaciones de estrés psicosocial derivadas del ejercicio de la profesión del trabajo social, en los diferentes centros de trabajo y que permita intercambiar experiencias que pudiera servir a otros profesionales, y Trabajar sobre la necesidad de incorporar **estrategias de apoyo** para aumentar el desarrollo profesional y personal, en los centros de trabajo

Trasladar las conclusiones al colegio de trabajo social para defensa del reconocimiento del riesgo psicosocial de nuestra profesión como algo inherente a la misma y apoyo para la defensa de los profesionales ante situaciones de agresión.

Trasladar el Servicio de Planificación y Evaluación de la Dirección General de Familia y Políticas Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, la necesidad de impulsar programas de formación y medidas de cuidados dirigidos a los profesionales que nos dedicamos a “cuidar” de los más vulnerables.

Referencias bibliográficas:

Directiva Marco 89/391/CEE de aplicación de medidas para promover la Seguridad y la Salud de los trabajadores

Esquirol, J.M. (2006) El respeto o la mirada atenta. Barcelona, Gedisa.

Ética en el Trabajo Social. Declaración de Principios de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, (2004), Artículo 5.6, sobre la conducta profesional

Guía básica de riesgo laborales específicos en el sector sanitario, CC.OO, 65-66

Jiménez Muñoz, C. (2017), Cuidar al que cuida, [mensaje en un blog]. Recuperado de <https://cuidadosparaeltabajadorsocial.blogspot.com.es/2017/06/cuidar-al-que-cuida.html>

Ley 31/1995, Prevención de riesgos laborales, España, 8 de noviembre de 1995

Manual orientativo de prevención y actuación ante agresiones a trabajadores sociales, Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid

Organización Internacional del trabajo (OIT)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Puig i Cruell, C. (2011), Cuidarse para poder cuidar. Atendiendo el malestar de las profesionales sociales,175-184

EL EMPLEO DE LOS/AS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SERVICIOS SOCIALES Y OTROS ÁMBITOS. LA EVOLUCIÓN DEL EMPLEO EN EL SIGLO XXI. CONDICIONANTES Y RETOS

Dña. M^a. José Cifuentes Cánovas
Trabajadora social de Servicios Sociales de Alhama de Murcia y miembro de la ejecutiva del sector de Administración Local de FSC-RM de CC.OO.

Palabras clave: Puesto de trabajo, Relación laboral, UTS, condicionantes estabilidad laboral, financiación, Leyes y retos.

Resumen:

La evolución del empleo en la Atención Primaria de Servicios Sociales en el Siglo XXI.

A partir de los informes y Memorias de actuaciones en materia de servicios sociales de atención primaria (2004, 2013,2014 y 2015) se presentan estadísticas y gráficos sobre el personal de los Centros de Servicios Sociales según puesto de trabajo, los trabajadores sociales según funciones, el tipo de relación laboral.

Condicionantes y dificultades para el empleo.

- . El modelo de financiación. Debilidad financiera, modelo de financiación muy diversificado.
- Desigualdad modelos organizativos y territorial en la implantación y desarrollo de programas.
- Los cambios sociales (aumento del desempleo, envejecimiento de la población, incremento y diversificación de las situaciones de exclusión...). Incremento de la demanda.
- Reducción del gasto público en la mayoría de los servicios sociales municipales , mediante la eliminación o reducción de las subvenciones y convenios de la CARM y el M^a (familia, voluntariado, inmigración..). Lo que conlleva a la Pérdida de personal, **de 2008 a 2013 hay una disminución de 214 profesionales**, (-137 auxiliares SAD y – 77 profesionales C.S.S.).
- Diferencia tipos de contrato y desigualdad salarial.
- Privatización y externalización de Servicios.
- Marco normativo: la Ley /2003 del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia carece de un nivel de determinación necesario para consolidar un sistema de Servicios Sociales; la Ley de dependencia no cuenta con financiación suficiente y entre otros no ha permitido dotarse del personal necesario; el Reglamento de Renta Básica no ha dotado a los Centros de Servicios Sociales de personal suficiente para llevar a cabo los apoyos personalizados que recoge el mismo; la Ley de

racionalización y sostenibilidad de la administración Local, la ley de presupuestos anual limita la contratación

Pinceladas sobre el empleo de los trabajadores sociales en la CARM y en el sector privado.

Presentación de los puestos de trabajo de Trabajador social del IMAS, de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, de la Consejería de Educación y de Sanidad, etc.

Retos y perspectivas del mercado laboral para los trabajadores sociales

Retos: derogación de la LRSAL, Defensa del Sistema público de Atención primaria frente a la privatización(Plataforma), Nueva ley de Servicios Sociales, **financiación propia y estable**, delimitación de competencias, consolidación de los puestos de trabajo existentes, cobertura de las vacantes, el tercer sector, Programas Europeos empleabilidad, Incremento financiación CARM en 2017 para refuerzo trabajador social de los C. S.S. Así, como una Ley Nacional

Actuaciones de CCOO: jornadas LRSAL, impulso creación Plataforma....

EL EMPLEO DE LOS/AS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SERVICIOS SOCIALES Y OTROS ÁMBITOS. LA EVOLUCIÓN DEL EMPLEO EN EL SIGLO XXI. CONDICIONANTES Y RETOS

LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA.

La atención primaria es uno de los ámbitos donde hay mayor número de trabajadores sociales. Haciendo una introducción nos remontamos a hace 30 años, 1987, fecha en que se dio la primera regulación y creación de los Centros Primarios de Actuación Social (CEPAS), posteriormente denominados Unidades de Trabajo Social (UTS). Entre 1987 y 1988 la gran mayoría de Municipios de la Región habían creado su CEPAS.

En 1988 el Plan Concertado de Prestaciones Básicas posibilitó la financiación de una Red Pública de Servicios Sociales Municipales. En el Mapa de Servicios de 1989 se proponía la división de la Región de Murcia en 16 Centros de Servicios Sociales. Actualmente existen 33 Centros.

En estos 30 años la creación de empleo ha sido importante, en los comienzos 1987 no todos los ayuntamientos contaban con un profesional. Dos décadas después, en 2004 ya había 198 trabajadores sociales y transcurridos 10 años el número era de 295 (un incremento de 97 t.s.)

EVOLUCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE 2004 – 2015

EL PERSONAL DE LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES								
AÑOS	2004		2013		2014		2015	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PROFESIONALES CENTRO S. SOC.	559	49,9	779	54	766	53	769	60
AUXILIARES SAD	562	51,1	662	46	681	47	515	40
TOTAL	1.121	100	1.441	100	1.447	100	1.284	100

Destacar que de 2004 a 2014 se da un **incremento de 326 profesionales** y que en solo un año se pierden 199 profesionales (correspondiendo en su mayoría a puestos de Aux. SAD).

LOS TRABAJADORES SOCIALES EN LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES								
AÑOS	2004		2013		2014		2015	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PROFESIONALES CENTRO S. SOC.	559	100	779	100	766	100	769	100
TRABAJADORES SOCIALES	198	35,4	303	38,8	295	38,5	301	39,1

El porcentaje de trabajadores sociales con respecto al resto de profesionales del Centro varía muy poco entre estos periodos, del 35,4 % al 39,1%. Pero si nos fijamos en el número pasamos de 198 a 301 en 11 años (**un incremento de 103**).

Vemos que el aumento total de profesionales del Centro desde 2004 a 2015 de es de 210 y que de trabajadores sociales es de 103 (el 49,04 % de los nuevos puestos son de trabajadores sociales).

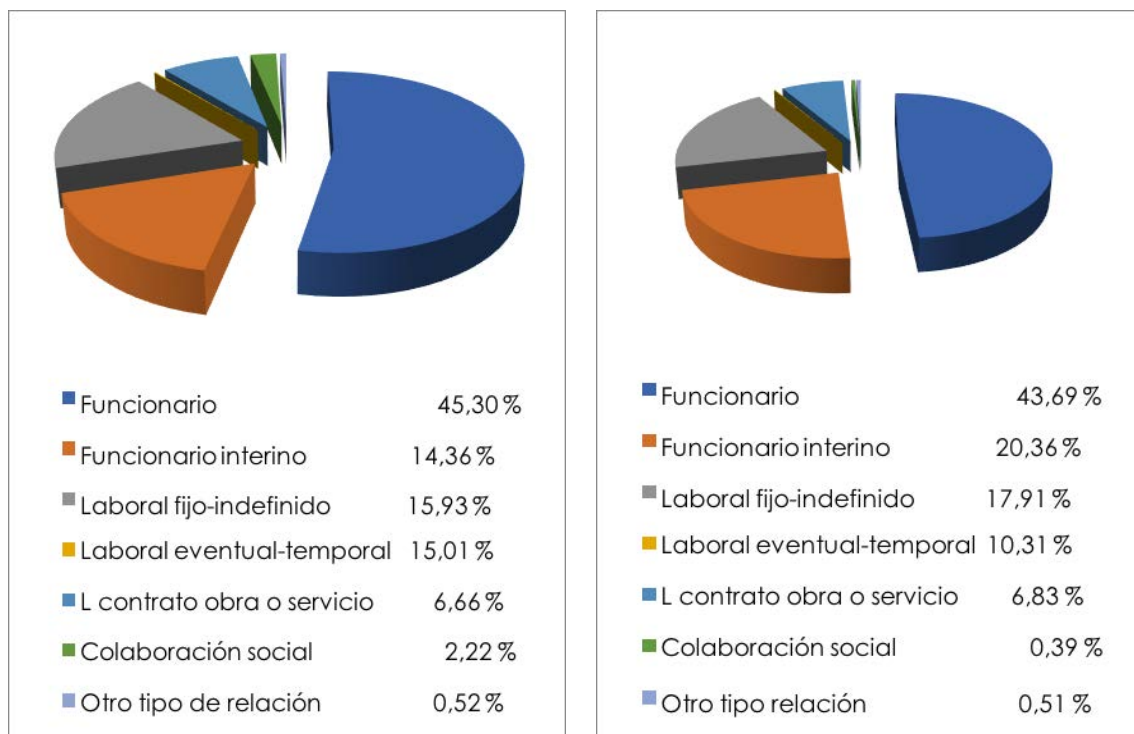
LOS TRABAJADORES SOCIALES SEGÚN FUNCIONES								
AÑOS	2004		2013		2014		2015	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
T. S. CON FUNCIONES UTS	115	58	199	65,68	185	62,72	165	58,82
T.S. DE PROGRAMAS, COORD.	83	42	104	34,32	110	37,28	136	41,18
TOTAL TRAB, SOC.	198	100	303	100	295	100	301	100

Desde 2004 casi no ha variado el porcentaje de trabajadores sociales con funciones de UTS con respecto al total. Este hecho previsiblemente va a variar en 2017-2018 debido a los dos incrementos de financiación de la Subvención de la CARM para refuerzos de puestos de trabajador social para el Programa de Trabajo social, se prevé un total de 65 nuevos puestos.

Destacar que en el intervalo de dos años se pasa de 199 t.s. con funciones de UTS a 165 (hay un perdida de 34 profesionales, derivados de la perdida de subvenciones). Hecho que no se da en los t.s. de programas /coordinación, que van creciendo sin pérdidas (nuevos puestos de Dependencia y PAIN)

TIPO DE RELACIÓN LABORAL

Profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria según tipo de relación laboral. 2014 2015



En 2014 el **38,77 %** de los profesionales de las Entidades Locales no tienen una relación laboral estable, situación similar en 2015 el **38,40 %** (considerando a los funcionarios y laborales fijos-indefinidos como relación estable).

Teniendo solo como referencia a los Funcionarios estaríamos hablando del **54,70 %** (2014) y del **56,31 %** de los profesionales. Es decir casi o más de la mitad de la plantilla de trabajadores

CONDICIONANTES Y DIFICULTADES DEL EMPLEO EN LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

➤ **El Modelo de financiación:**

- Debilidad financiera. Falta de seguridad financiera. Se está a expensas de la consignación que se establezca en los presupuestos anuales. La gestión de los convenios y/o subvenciones y las transferencias de crédito llegan a las Entidades Locales cuando el año está muy avanzado e incluso en ocasiones al año siguiente. Esto hace que todos los años muchos puestos de trabajo (los no estables) tengan supeditada su continuidad a un documento de la CARM que diga que existe continuidad en la financiación y que en algunos casos los ayuntamientos rescindan contratos a 31 de diciembre y

posteriormente vuelvan a contratar. Así como, que por el retraso en la transferencia de la subvención en algunos casos ha habido trabajadores que han estado meses sin cobrar (Mancomunidad del Noroeste).

Por ejemplo, la financiación del Plan Concertado pasó de un 49,40 % en 2001 al 24,14 % en el año 2008.

En 2014 el 62,59 % del total del total del Gasto justificado (hay gastos que no se justifican) de la financiación de la CARM a los Aytos. para el desarrollo de Actuaciones de Servicios Sociales de Atención Primaria corre a cargo de las Entidades Locales y el gasto de personal supone el 70,61 % del total.

- Modelo de financiación muy diversificado. Hasta hace unos años había diversas fuentes de financiación no integradas (subvenciones para programas específicos de familia, de voluntariado, de inmigración, para construcción, remodelación y equipamiento...., del Ministerio, etc.). La desaparición de algunas subvenciones en algunos Centros de Servicios Sociales supuso la pérdida de profesionales (ejemplo la Subvención o convenio para programas de Inmigración).

Este modelo de financiación continua y va en detrimento de los Centros de Servicios Sociales, ya que no ha permitido ni permite la consolidación del sistema, ni de los puestos de trabajo.

- **La reducción del gasto público** en la mayoría de los Servicios Sociales Municipales, mediante la eliminación o reducción de las subvenciones y convenios de la CARM y el Mº (familia, voluntariado, inmigración...). Ha conllevado entre otros, la pérdida de personal (por ejemplo de 2008 a 2013 hay una disminución de 214 profesionales: -137 auxiliares del SAD y -77 profesionales de los Centros de Servicios Sociales).

- **La desigualdad de modelos organizativos y la desigualdad territorial en la implantación y desarrollo de programas.**

La falta de regulación normativa ha propiciado la implantación de diferentes formas de organización y una desigualdad territorial en la implantación y desarrollo de programas, servicios, prestaciones... Existen grandes diferencias entre los Centros en la estructura, programas y personal.

- **Los cambios sociales:** el aumento del desempleo, el envejecimiento de la población y el incremento y diversificación de las situaciones de exclusión han supuesto un aumento de la demanda, pero en un periodo de

crisis con recortes y con pérdida de personal como ya hemos señalado anteriormente. Por lo que estos cambios no han repercutido en un incremento paralelo de recursos, servicios y personal.

- **Diferentes tipos de contratos, de convenios y acuerdos reguladores suponen una desigualdad salarial.** Como ya hemos visto el tipo de relación salarial y el tipo de contrato es diverso (funcionarios, f. interinos, laborales indefinidos (fijos y no fijos), l. con contratos por obra y servicio, l. eventuales temporales, de colaboración social, de prácticas, etc.). Esto supone que los profesionales ejerciendo las mismas o similares funciones perciban salarios diferentes.

Y además hay que tener en cuenta que los Convenios colectivos y Acuerdos reguladores de cada Ayuntamiento recogen retribuciones salariales distintas.

También cabe mencionar que muchos contratos derivados de subvenciones no son de jornada completa.

- **Privatización y externalización de los Servicios.** La privatización y externalización de Servicios de Atención Primaria ya se inició hace décadas con el Servicio de Ayuda a Domicilio, que en sus inicios se prestaba con personal propio de los Aytos. y se ha seguido haciendo. Señalar que tras la pérdida de subvenciones se perdieron puestos de trabajo, pero existiendo la necesidad de dichos puestos ha habido Aytos. que han externalizado el Servicio y se presta a través de una empresa o por autónomos.

La privatización de servicios se contempla en la LRSAL en su exposición de motivos y en la Ley 20/2015, de 16 de diciembre, por la que se modifica la Ley 6/2014 de medidas urgentes para la garantía y continuidad de los servicios públicos en la CARM en su preámbulo.

- **El marco normativo:**
 - Ley 3/2003, de 10 de abril, de Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

- Apenas desarrolla la Atención Primaria. Únicamente los define y establece los servicios de los cuales tiene competencia.
- Falta de concreción y regulación de elementos básicos para la consolidación del sistema de servicios sociales. No establece la tipología básica de los Centros, ratios de población, plantillas básicas, etc.

- No establece la naturaleza jurídica de las prestaciones que integra el sistema público de servicios sociales. No hay un reconocimiento de derecho subjetivo a recibir las prestaciones de servicios sociales. Actualmente solo tienen el reconocimiento de derecho subjetivo las prestaciones de dependencia y la prestación de la Renta Básica,
- No establece de forma clara la aportación presupuestaria de las Entidades Locales para financiar el sistema de servicios sociales.

➤ Decreto nº 163/2017, de 31 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 3/2007, de 16 de marzo, de Renta Básica de Inserción Social de la CARM.

Han pasado 10 años para la publicación del Reglamento que desarrolla la aplicación de la ley. Se publicó el 2 de junio de 2017.

La Ley y el Reglamento recogen en su artículo 29 “Instrucción del procedimiento” que corresponde a los Servicios Sociales de Atención Primaria (facilitar información y orientación al solicitante, conformar el expediente, solicitar a otros organismos cuantos datos e informes sean necesarios, comprobar el cumplimiento de los requisitos, elaboración de un Informe Social y del Proyecto Individualizado de Inserción en el plazo de 2 meses para remitirlo al IMAS que valora y resuelve). Y después realizar el seguimiento del Proyecto Individualizado y la revisión semestral (nuevo informe...).

Es decir, se participa de forma activa e importante en cada solicitud y expediente de R.B. una vez concedida. El Reglamento también ha modificado el importe de la prestación y por tanto se ha ampliado el límite económico para poder acceder a ella, lo que supone que va a aumentar el número de posibles solicitantes. Pero después de 10 años y 4 meses no se ha dotado de nuevo personal a los Centros. Existe una propuesta de nueva financiación por un periodo de 9 meses por parte de la CARM con dinero aportado por el IMAS y el M^a para aumentar los profesionales (trabajadores sociales), que posiblemente se podrá implementar en 2018 (vamos con retraso).

➤ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y su innumerable desarrollo normativo tanto estatal como autonómico.

Al igual que en la Renta Básica los Servicios Sociales de Atención Primaria participamos en su tramitación y seguimiento. Y una de sus deficiencias es que para su desarrollo cuenta con financiación insuficiente tanto para las prestaciones y servicios como para dotar del personal necesario (IMAS y S. S. de Atención

Primaria), lo que entre otros repercute en un retraso en la resolución de las prestaciones

➤ La Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración local. (LRSAL)

El art. 25.2 limita la anterior competencia de los Ayuntamientos de “**Prestación de servicios sociales de promoción y de reinserción social**” a la “**Evaluación e información de las situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social**”. La Ley recoge que esta competencia se determinara por Ley (25.3), que hasta la fecha no se ha legislado. Art.26 contempla que las CCAA asumen la competencia anterior de los Aytos. de menos de 20.000 h.

La aplicación de la ley supondría que los Aytos. de menos de 20.000 h. no tendrán competencia y los de más de 20.000 h. verán reducidos los programas y prestaciones que actualmente desarrollan. Esto afectaría directamente al personal de todos los Aytos. y las Mancomunidades (que desaparecerían, “los Aytos. solo pueden mancomunarse para prestar los servicios para los que tienen competencia).

La LRSAL tras la sentencia del Tribunal constitucional, de 3 de marzo de 2016, que declaró nulo entre otros, la Disposición Transitoria 2ª : “con fecha 31-12-2015 ... las CCAA asumirán la Titularidad de las competencias que se preveían como propias del Municipio, relativas a las prestación de los servicios sociales ...”, pues considera que al tener la competencia en S.S, las CCAA, solo ellas pueden decidir sobre su descentralización o centralización y ordenar el proceso de asunción competencial y traspaso de recursos. Le corresponde a la CCAA la decisión última sobre si los municipios deben o no prestar servicios dentro de las materias que tiene atribuidas y reservadas. Pero “dado que los arts. 25.2. y 7.4 han sido declarados constitucionales, los Aytos. podrán, hasta tanto las CCAA no procedan a regular, mediante leyes, cuáles de estas competencias las confieren como propias a los Entes Locales o las delega o las desarrollan directamente (art. 7.3 LBRL), seguir prestando los servicios que venían prestando en estas materias, únicamente vía art. 7.4, es decir la tercera vía que se ha denominado por la doctrina distinta a competencia propia o delegada y con cumplimiento de los requisitos establecidos en dicho precepto, es decir sin riesgo para la sostenibilidad financiera, de acuerdo a los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera y con informes favorables de la CARM y del Mª de Hacienda (informe jurídico Ayto. de Murcia).

CCOO sector local preocupados por las repercusiones de la LRSAL en 2014 constituimos un grupo de trabajo, realizamos un cuestionario que pasamos a los afiliados de CCOO sobre el conocimiento de la LRSAL y acciones a realizar y se mantuvo una reunión con los Colegios de Profesionales de Trabajo Social,

Educadores Sociales, Psicólogos y Abogados. **En febrero 2015** se pidió una reunión conjunta con los Directores/as Generales de Política Social y de Administración Local y Relaciones Institucionales, a la cual nos respondieron “que el Decreto Ley 1/2014, de medidas urgentes para la garantía y continuidad de los servicios y prestaciones de los servicios públicos en la CARM garantizaba la continuidad de los servicios y prestaciones hasta el 31-12-2015 y que estaban internamente trabajando para definir el nuevo marco de competencias en un grupo de trabajo interdepartamental” . Ante esta respuesta les solicitamos poder participar en el grupo de trabajo y no recibimos ninguna respuesta. **Durante los meses de marzo a julio** se mantuvieron reuniones con los grupos políticos de IU, PSOE; Ciudadanos y Podemos (también se pidió al PP mantener la reunión pero no hubo respuesta). **En julio** se solicitó a las secciones sindicales de CCOO que en sus Aytos. solicitarán al equipo de gobierno cual iba a ser su postura y las medidas que estaban adoptando para la aplicación de la Ley. **En septiembre** ante la proximidad del 31 de diciembre y la falta de información se vuelve a pedir una reunión a los Directores/as Generales, a la cual no respondieron. Se remitió un comunicado de prensa de la petición de las reuniones y solo hubo un periódico (la Opinión) que hizo una breve reseña. También se pidió una reunión a la Federación de Municipios, a la cual nos emplazaron una vez constituidos los cargos de la misma. **En octubre** realizamos unas **Jornadas: “Análisis y debate sobre los efectos de la LRSAL en los Servicios Sociales Municipales”**. A las jornadas asistieron 100 personas y fueron valoradas como muy oportunas, necesarias y clarificadoras. CCOO recogió la petición de que era necesario unir fuerzas y adoptar medidas de presión y propuso la **creación de una Plataforma de Defensa de los Servicios Sociales Municipales Públicos**, de la que formamos parte.

El 12 de noviembre de 2015 se constituyó **la PLATAFORMA EN DEFENSA DE LOS SERVICIOS SOCIALES**, compuesta por 27 trabajadores a nivel particular y/o en representación de sindicatos y colegios profesionales. La finalidad de la Plataforma es conseguir la derogación de la LRSAL y la continuidad de los Servicios Sociales prestados por los Aytos. Sus actuaciones han sido: concentraciones realizadas el 10 de diciembre de 2015 ante los Aytos. o Centros de S. S. para hacer visible la situación de vulnerabilidad del Sistema Público de S.S. Municipales; campaña de recogida de firmas que se presentaron en la Asamblea Regional el 18-04-2016 (7.169 firmas); se elaboró Documento que se presentó el 28-01-2016 a la presidenta de la Asamblea regional y a instancias y gestión de la misma se tuvo una reunión con representantes de los grupos políticos en la Asamblea el 18-04-2016, en la que se les informo, se les hizo entrega de un informe de la situación de los Servicios Sociales de Atención Primaria y se les pidió la derogación de la LRSAL, una Ley de Servicios Sociales que garantice una financiación estable ... y la continuidad de los Servicios Sociales Municipales.

- La Ley 3/2017, de 27 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para 2017.

Disposición Adicional Vigésima Sexta. Limitaciones a la incorporación de personal laboral al sector público (no podrán incorporarse a la Administración Pública los trabajadores procedentes de contratistas de concesiones de obras o de servicios públicos). Excepcionalmente por cumplimiento de sentencia judicial o previa tramitación de un procedimiento selectivo.

Disposición Adicional Trigésima Cuarta. Exigencia de responsabilidades en las Administraciones Públicas y entidades dependientes de las mismas por la utilización de la contratación laboral. Los órganos competentes en materia de personal serán responsables del cumplimiento de esta ley, y en especial velarán para evitar cualquier tipo de irregularidad en la contratación temporal que pueda dar lugar a la conversión de un contrato temporal en indefinido no fijo. Ni podrán atribuir la condición de indefinido no fijo a personal con contrato temporal, ni a personal de empresas que a su vez tengan un contrato administrativo con la Administración, salvo cuando se derive de una resolución judicial (las irregularidades darán lugar a la exigencia de responsabilidades a los titulares de los órganos)

(CCOO había apostado antes de la entrada en vigor de esta ley por informar y apoyar a los profesionales en situación de “irregularidad” para la presentación de escritos en los Ayuntamientos pidiendo.... pasar a la condición de laboral indefinido. Pero esta ley lo impide salvo que se tenga una resolución judicial).

Art. 19. Oferta de Empleo Público u otro instrumento similar de gestión de la provisión de necesidades de personal.

La incorporación de nuevo personal estará sujeta a límites (salvo los procesos selectivos correspondientes a Ofertas de Empleo Público de ejercicios anteriores o tropa...

Para las plazas de personal que presta asistencia directa a los usuarios de los servicios sociales (19.2.O) respetando las disponibilidades presupuestarias del Capítulo I, **la tasa de reposición se fijará hasta un máximo del 100 por ciento.**

No computarán dentro del límite máximo de reposición las plazas de promoción interna y el personal declarado indefinido no fijo mediante sentencia. ..

Podrán disponer de una tasa adicional para estabilización de empleo temporal que incluirá hasta el 90 % de las plazas, que estando dotadas presupuestariamente, hayan

estado ocupadas de forma temporal e ininterrumpidamente al menos en los tres años anteriores a 31-12-16. Las ofertas de empleo que articulen estos procesos de estabilización, deberán aprobarse y publicarse ... en los ejercicios 2017 a 2019. La tasa de cobertura temporal en cada ámbito deberá situarse al final del período (2019) por debajo del 8 %. La articulación de estos procesos selectivos que, en todo caso, garantizará el cumplimiento de los principios de libre concurrencia, igualdad, mérito, capacidad y publicidad, podrá ser objeto de negociación en cada uno de los ámbitos territoriales de la Administración General del Estado, CCAA y E.L., pudiendo articularse medidas que posibiliten una coordinación entre las diferentes administraciones en el desarrollo de los mismos.

Ese periodo de tiempo, 2017-2019 también es para el empleo temporal para aquellas plazas dotadas presupuestariamente y que antes del 1-1-2005 hayan estado ocupadas ininterrumpidamente de forma temporal (consolidación EBEP).

(CCOO sector local ha constituido un grupo de trabajo para conocer la situación de los trabajadores a los que afecta esta normativa de los Aytos. de la Región y establecer un plan de trabajo. Otra línea de trabajo es trasladar a la Federación de Municipios la propuesta de poder hacer coincidir las convocatorias de las plazas en un mismo periodo de tiempo.)

PINCELADAS DEL EMPLEO DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN LA CARM Y EN EL TERCER SECTOR INICIATIVA PRIVADA.

La información que a continuación se va a exponer no recoge la situación real, pues solo recoge los datos que se han podido recabar de documentos a los que se ha tenido acceso.

TRABAJADORES SOCIALES CARM		
DEPENDENCIA	Nº	%
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades	45	28
IMAS	105	65
Consejería de Educación, juventud y deportes	8	5
Fundación Murciana para la Tutela y Defensa Judicial de Adultos	3	2
Total	161	100

Se desconocen los datos de los trabajadores sociales que trabajan en Sanidad, pues en el Portal de Transparencia y Gobierno Abierto de la Región de Murcia no daba esos datos, pero hay trabajadores sociales trabajando en los Centros de Salud (no en todos) y en los Hospitales, en prisiones, en los Juzgados, etc. Otros campos de trabajo son los CAVI (donde los contratos son por parte de los Aytos.).

En cuanto a **los trabajadores sociales que desarrollan su trabajo en la empresa privada (empresa – autónomo) y en el Tercer Sector (ONG – Fundaciones y asociaciones)** la única referencia es la obtenida a través del Informe de resultados: II Cuestionario de Valoración del Colegio de Trabajo Social. Murcia 24-10-2016. De 750 colegiados participaron realizando el cuestionario 164 trabajadores sociales (el 21 %). De estos:

- 71 (43,6 %) trabajaban en la Administración pública
- 12 (7,4 %) en la Iniciativa privada (empresa-autónomo)
- 44 (26,8 %) en el Tercer sector (ONG-fundaciones)
- 37 (22,2 %) no trabajaban

Partiendo de que estos datos solo corresponden a las respuestas de 164 trabajadores sociales, podemos tomarlo como **una muestra de la situación de los trabajadores sociales**, en la que vemos que es en la Administración pública donde trabajan la mayoría de los trabajadores (43,6 %), seguido de los que trabajan en el Tercer Sector (el 26,8 %) y que en empresas o de autónomos su presencia es reducida, Así como que un 22,2 % se encuentran en paro.

RETOS Y PERSPECTIVAS DEL MERCADO LABORAL PARA LOS TRABAJADORES SOCIALES.

- Derogación de la LRSAL. Que los servicios sociales de promoción y reinserción social continúen siendo competencia de las Entidades Locales. La continuidad de los Servicios Sociales de Atención Primaria.
- Defensa del Sistema público de Atención primaria frente a la privatización. Potenciar el papel de las Entidades Locales como entidades más próximas al ciudadano, fortaleciendo los Centros de Servicios Sociales de Atención Primaria como pilar fundamental y dispositivo de acceso a las prestaciones de Servicios Sociales.
- A nivel CARM: Nueva ley de Servicios Sociales: **financiación propia, unificada y estable**, delimitación de competencias, establecimiento de la estructura básica, ratios, medios, y personal, catálogo de servicios y prestaciones mínimas garantizadas (que no dependan de los presupuestos anuales ni de la voluntad política de turno), regulación de la participación del tercer sector...

A nivel estatal: Ley de Servicios Sociales: consolide el Sistema de Servicios Sociales.

- Consolidación de los puestos de trabajo existentes, cobertura de las vacantes, creación de nuevos puestos que incorpore a los ya existentes: funcionarios interinos y laborales y los nuevos (incremento de financiación CARM en 2017). Y la equiparación salarial.
- Programas Europeos empleabilidad para colectivos en riesgo de exclusión social: reciente nicho de empleo para los trabajadores sociales: entidades desarrollan programas de empleabilidad (orientadores y formadores).
- Desarrollo de los Servicios de Dependencia: residencias, centros de día de personas mayores, de discapacitados intelectuales y mentales, servicio de ayuda a domicilio en todos los municipios de la Región, servicios de autonomía personal (fuente de puestos de trabajo para los trabajadores sociales entre otras profesiones, todos los servicios se están concertando con empresas y/o asociaciones, o sacandose a concurso público).
- La atención a los menores, la intervención familiar, la mediación familiar ... precisan de recursos y profesionales (puntos de encuentro, mediadores familiares, educadores de calle... Así como la mediación intercultural, la atención a inmigrantes y refugiados,
- El Tercer sector sigue siendo una fuente importante de empleo, aunque la crisis también les ha afectado, continúan gestionando y prestando muchos servicios sociales.
- La justicia juvenil, los juzgados, los trabajos de servicios a la comunidad, la defensa y tutela de las personas adultas, el trabajo con ex – reclusos.. precisan más profesionales.
- El emprendimiento: consultorías, peritajes, asesoramiento, gestión de proyectos, realización de estudios, docencia o formación a particulares, empresas y administraciones. Es un reto para nuestra profesión, son pocos los profesionales que se embarcan en el emprendimiento.
- Y el mundo de las empresas es otro campo en el que estamos poco presentes, pero en que nuestra profesión puede tener cabida.

Referencias bibliográficas:

- Informe sobre la Red Pública Regional de Servicios Sociales de Atención Primaria de la Región de Murcia. Consejería de Trabajo y Política Social. 2004
- Mapa de Servicios Sociales. Región de Murcia. Consejería de Bienestar Social. 989.
- Documento Técnico. Información sobre las actuaciones en materia de Servicios Sociales de Atención Primaria año 2013. Servicio de planificación y evaluación. Consejería de Sanidad y Política Social. Diciembre 2014 .

- Informe sobre la situación de los Servicios Sociales en las Entidades Locales de la Región de Murcia. Servicio de Planificación y Evaluación. Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia, febrero 2014.
- Documento Técnico. Información sobre actuaciones en materia de Servicios Sociales de Atención Primaria año 2014. Servicio de Planificación y Evaluación. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Octubre 2015.
- Memoria de Actuaciones 2015. Servicio de Planificación y Evaluación. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
- Información sobre actuaciones en materia de Servicios Sociales de Atención Primaria 2014. Plataforma en Defensa del Sistema Público de Servicios Sociales (2016).
- Las distintas leyes a las que se hace referencia.
- Portal de la transparencia y gobierno abierto Región de Murcia. Recursos Humanos. Relaciones de puestos de trabajo y plantillas.
- Informe de resultados: II Cuestionario de valoración del Colegio de Trabajadores Sociales. Murcia 24-10-2016

9.1.4 TRABAJO SOCIAL E INCLUSIÓN SOCIAL

VULNERABILIDAD Y EXCLUSIÓN DESDE ENTIDADES SOCIALES

M. Dolores Martínez García

Trabajadora social en Federación RASINET.

RESUMEN DE LA COMUNICACIÓN:

La visión amplia del trabajo social en organizaciones no gubernamentales, me lleva a repasar momentos clave de la intervención social durante estos 20 años, centrados en las personas. Me detengo en el espacio actual relacionado con el apoyo en la búsqueda y mantenimiento de vivienda, para reflexionar sobre situaciones de vulnerabilidad y exclusión que acompaño, la necesidad de replantear la intervención social y las políticas sociales, y la propia de cuidado de los profesionales de la acción social como parte de la misma.

PALABRAS CLAVE: Pobreza, Implicación, Personas, Procesos, Ayuda.

Esta nueva oportunidad, que ofrece el equipo actual del Colegio de Trabajo Social de la Región de Murcia para reunirnos en torno a la profesión del Trabajo Social, me permite hacer parada y recorrer mi desempeño profesional estos 20 años, con el deseo de compartir mi experiencia diversa en contextos de vulnerabilidad y exclusión social, y aportar temas que puedan invitar a la reflexión.

Agradezco especialmente a Antonio Galindo, trabajador social, terapeuta, extraordinario artesano de la relación de ayuda y por tanto de la relación humana, que me haya animado a hacerlo.

Y agradecer siempre la oportunidad que me ofrecieron las entidades en las que he trabajado, sus equipos, y las personas a las que he podido y puedo acompañar. En este tiempo he podido ser partícipe de procesos únicos de acompañamiento para la promoción e inclusión social desde reconocidas entidades sociales: Asociación Taller de la Ciudad, Cáritas Alcantarilla, Cáritas Diocesana, CAYAM, Traper@s de Emaús Murcia, Federación de Asociaciones de Vecinos de Murcia y comarca, Fundación RAIS Y actualmente desde Federación RASINET. Organizaciones no lucrativas, organizaciones del tercer sector social, que desarrollan su acción social respondiendo a principios de proximidad, con distintos focos de atención, y cuya actividad principal, en la mayoría de los casos está dirigida principalmente a la inclusión de los colectivos más vulnerables. Veinte años de proximidad y encuentro.

Trabajar en estas organizaciones, ha supuesto principalmente, estar con personas de forma intensa, desde espacios y entornos cercanos, extremos e irrepetibles. Estar a su lado en múltiples planos y situaciones: la convivencia, la familia, la pérdida frecuente y sus duelos, la demanda y sus manifestaciones, la fiesta o las pequeñas

celebraciones, los campamentos, la calle, la infravivienda, la precariedad económica, el acceso a los recursos, el rechazo y la discriminación, la rabia, la violencia en sus múltiples formas, el sentirse violentados, la pérdida de la salud y su recuperación cuándo es posible, la búsqueda de empleo muchas veces inalcanzable, los escasos trabajos tan precarios, el valor de la empresa de inserción, los proyectos y los sueños tan personales, la incertidumbre, los largos procesos administrativos, el plano de la vecindad y la participación, las crisis vitales y los sucesos vitalmente estresantes, la vinculación, la significación de la vivienda y los recursos materiales, lo menos material pero tan significativo para cada persona, la trastienda de la vida. Vidas llenas de sufrimiento, afectos y esfuerzo humano.

A pesar de la dureza para el ejercicio profesional en muchos casos, me reconozco ejerciendo con entusiasmo, interés y compromiso con las personas que compartimos este viaje. Trayectos recorridos junto a personas extraordinarias, apoyando, acompañando, promoviendo, en procesos de mejora de las condiciones de vida de las personas con más dificultad y en acciones de transformación de las condiciones sociales que generan la desigualdad y la falta de oportunidades.

Trabajar en entidades sociales ha supuesto para mí estar mucho tiempo en primera línea, vivir en primera persona la situación, las necesidades y sus demandas, la impotencia, la dificultad, las potencialidades, lo que se conoce y lo que no trasciende habitualmente, la parte de los procesos menos conocida, trabajar con personas y colectivos y entornos abocados política y socialmente a permanecer mucho tiempo en exclusión o dificultad social importante, y creer en las posibilidades, estar a la escucha.

Han sido y son tiempos nada fáciles a nivel social. El desarrollo de mi ejercicio profesional ha coincidido con años en los que se daba un alto índice de absentismo escolar entre la población gitana, personas sin hogar dormían en los, ahora destruidos, soportales del Jardín de San Esteban, y junto a las puertas del propio palacio en la capital, y el Ayuntamiento de Murcia acababa de estrenar las primeras actuaciones con personas inmigrantes².

Asistimos expectantes a la nueva Ley de Servicios Sociales de 2003, a la creación del IMAS en 2006, y la aprobación de la Ley de Renta Básica de Inserción en 2007. No sabíamos entonces, que las personas y familias de la región iban a soportar durante tanto tiempo una situación socioeconómica tan difícil, de efectos tan prolongados y desgastantes, con la renta básica más baja de toda España, y tantas trabas para percibirla.

Fue un tiempo de paradojas, a todos los niveles. Precisamente entonces el Ministerio de la Presidencia, aprobó en 2011 un decreto por el que se pasaba a exigir a las personas extranjeras solicitantes de permiso de residencia por arraigo social un

LUGARES DE INTERNET CONSULTADOS:

contrato de trabajo no inferior a un año, cuándo anteriormente era de 6 meses. O la normativa por la que se retiraba la cobertura de asistencia sanitaria a las personas que se encontraban en situación irregular, elaborada por el Ministerio de Sanidad, en 2012 y ejecutada en la región en base a las competencias autonómicas.

Años en los que las primeras personas de origen subsahariano empezaban a recoger chatarra para sobrevivir, las que no tenían permiso de residencia no podían acceder a ninguna actividad formativa pública o subvencionada, y se recrudecían las medidas de control por parte de Policía Nacional en Murcia; llegando a realizar controles y detenciones en las inmediaciones de los centros de acogida de entidades sociales, hasta el punto de tener que acudir al defensor del pueblo para que interviniese.

A lo largo de estos años, he entendido que mi papel no era únicamente el acompañamiento a las personas, sino también el de apoyar la creación de espacios de trabajo conjunto y contribuir a promover el cambio social: participar en actividades de sensibilización; plantear a la administración, junto a otros y otras profesionales implicados, las necesidades no cubiertas de los colectivos más vulnerables; apoyar la llegada a Murcia de los primeros recursos de baja exigencia para personas sin hogar desde la desaparecida Comisión Personas Sin Hogar Murcia; o promover la creación de la Mesa de Recursos de Acogida en la región de Murcia, durante mi trabajo como técnico de intervención psicosocial en Fundación RAIS, sirvan como ejemplos de estas actuaciones.

Ha sido un periodo de mucho cambio para el trabajo en las organizaciones no gubernamentales (en adelante ONGs). Se pasó de una tendencia pública apostar y apoyar a proyectos de carácter preventivo que trabajaban con procesos y acompañamiento, baja exigencia, sensibilización social, interculturalidad... a un tiempo que yo llamo “el tiempo del bocadillo a solas”. En este tiempo desaparecieron recursos que no se han vuelto a recuperar y crecieron los dirigidos a cubrir necesidades de alimentación y plazas de albergue.

A menudo me pregunto por las personas y familias acompañadas a lo largo de este tiempo. Cómo han vivido todos estos cambios, cómo van sus vidas, qué ha cambiado para ellas. Traigo a la memoria a las que ya no están (Quiero recordar que las personas en situación de exclusión social extrema tienen una esperanza de vida inferior al resto de la población). A otras las vuelvo a encontrar, y a sus familias, siempre con alegría. La mayoría sigue solicitando apoyo social y acompañamiento para la mejora de sus condiciones de vida, y todas desearían no tener que hacerlo.

Y hago parada en Federación Rasinet hoy, cómo una estación nueva a nivel laboral y personal, con nuevas compañeras de viaje, nuevos retos, nuevos rostros que nos hablan de sus familias, que piden apoyo, luchan y buscan alternativas. Hombres y mujeres que ven sus hogares puestos en venta y desean poder tener un lugar digno, íntimo, dónde vivir para ellos y su familia, o una habitación que les permita vivir sus

procesos, sin que les venzan los plazos. Muchas de ellas, viven en estado de emergencia residencial. Situaciones muy duras, complejas y vitalmente muy estresantes. Personas que piden ayuda, sin encontrar respuesta suficiente. Familias que permanecen en viviendas con rentas altas sin poder pagarlas ahora, ni poder pedir ayuda pública por falta de regularización de los contratos, o de su situación administrativa. Muchas familias inmersas o pendientes de procesos judiciales de desahucio, por deudas de alquiler importantes y con mucha dificultad para conseguir otra vivienda. Otras ocupando viviendas cerradas con sus hijos, mientras trabajan en precario y tratan de negociar con los bancos, o se mantienen en viviendas que no reúnen las condiciones de habitabilidad, porque no encuentran otra salida.

Un momento histórico, en el que el escaso y precario empleo, o la percepción de prestaciones, no es garantía alguna para convencer a los propietarios de vivienda de alquiler, que saben que su preciado bien es escaso y mucha la necesidad, que saben que la gran precariedad social puede traerles complicaciones, y ponen unas condiciones inalcanzables para la mayoría de los solicitantes. Un mercado inmobiliario que muchas veces aprovecha la situación. Comprar barato y alquilar caro sale rentable. Un mercado inmobiliario que no ve a personas, sino que selecciona y discrimina rápidamente y sin escrúpulos por el color, el origen y la situación laboral y social de sus inquilinos.

Ejercemos profesionalmente hoy, en un tiempo en que el individualismo y la competitividad, las prisas y la multitarea, el aislamiento y la falta de vínculos significativos cercanos, se van instaurando en las dinámicas de vida y de relación, en la vecindad, en las familias, en las instituciones, en el ejercicio profesional y la vida entera, condicionando nuestra forma también de trabajar y nuestra forma de mirar.

VIVIR BAJO EL UMBRAL DE LA POBREZA EN TIEMPOS DE INDIVIDUALISMO:

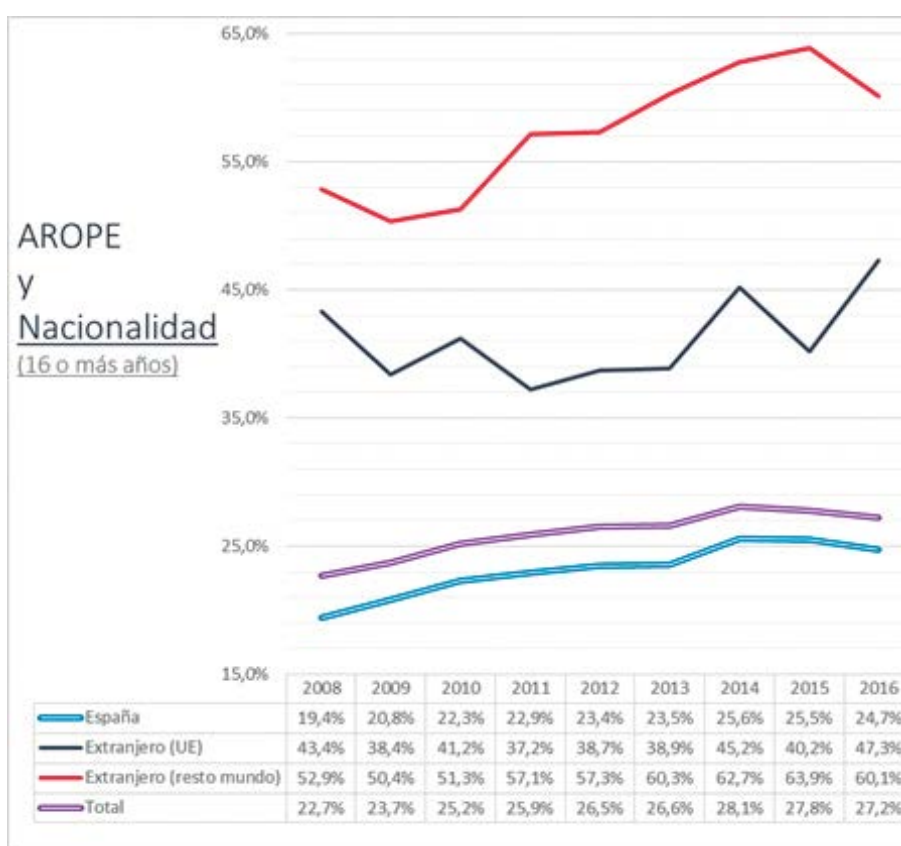
Si por umbral podemos imaginar la puerta de entrada a otro espacio, la pobreza tiene hoy una puerta de entrada muy amplia, sobre cuyo felpudo se encuentran miles de personas en la región, que viven con gran incertidumbre. Incertidumbre de si terminarán pasando a acompañar a muchas más que ya están al otro lado.

Según el Informe AROPE 2017 (Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2016 propuesto por la Unión Europea), publicado por EAPN España: Para el año 2016, el *Umbral de pobreza* se fijaba en 8.208,5 € anuales, es decir, 684 € mensuales para un hogar compuesto por una sola persona (es decir, una unidad de consumo).

El 28% de la población en España se encuentra en riesgo de pobreza y exclusión social, son muchísimas personas. Y más siendo la Región de Murcia una de las que

cuentan con una mayor tasa de riesgo de pobreza, cómo lo señala una vez más la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2016³

Por sectores, el aumento del riesgo de pobreza y exclusión social se ha producido en todos los sectores de la sociedad, siendo significativo que sea mucho mayor para la población migrante, por la carencia de redes y las dificultades añadidas que presenta su situación. Así lo señala el informe EAPN, 2016: “aquellas personas que proceden de países exteriores al espacio europeo soportan tasas AROPE que pueden llegar a ser hasta 24 puntos superiores al resto”. La pobreza y la vulnerabilidad social tienen en este tiempo especial incidencia, afectando en 2016 estas tasas de pobreza y exclusión al 60,1% de la población migrante extracomunitaria, frente al 27,2% de conjunto de la población. ⁴:



1Riesgo de pobreza y exclusión por nacionalidad

Esta circunstancia, llena por si sola de matices y diversidad la intervención social, la revolucionaria, la cuestiona. Matices culturales que no conviene obviar, significados distintos, necesidad de más tiempo para la comunicación y el entendimiento y de un

³ Instituto Nacional de Estadística. Notas de Prensa. Informe de 25 de abril de 2017. Recuperado el 2 de Noviembre de 2016 de http://www.ine.es/prensa/ecv_2016.pdf

⁴ EAPN. Informe AROPE 2017 sobre del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2016 propuesto por la Unión Europea, recuperado con fecha 27 de Octubre de 2017 de <http://www.eapn.es/estadodepobreza/>

esfuerzo mayor para sostener la interrelación entre personas, profesionales y entidades.

El trabajo en las entidades sociales públicas y privadas, se convierte hoy en un gran observatorio de la pobreza y la exclusión social: ¿Qué supone en lo cotidiano, vivir bajo el umbral de la pobreza? ¿Cómo salen adelante tantas personas y familias? ¿Cómo se puede mantener día a día una familia numerosa, con un sueldo único por empleo precario, poco mayor del salario mínimo interprofesional, viviendo en una casa de alquiler? Nos queda mucho por conocer.

En materia de vivienda, las grandes deudas de impago de cuotas de hipotecas, alquiler o suministros, son las que generan mayor preocupación para la población. Muchas familias viven hoy con la amenaza de la exclusión residencial sobre sus vidas. Porque podrían perder sus actuales viviendas, y en este contexto socioeconómico, les va a ser casi imposible alquilar una vivienda nueva. Y la vivienda social sigue en el mismo punto desde hace años, sin movilidad ni cambios.

Las familias viven con mucha incertidumbre, y son ellas las que soportan la dificultad, y buscan continuamente alternativas. Durante el tiempo de encuentro y escucha en Federación Rasinet refieren que, para ellas, acudir a la administración pública para recibir apoyo, generalmente, no es suficiente para que mejore su situación económica o se superen sus dificultades relacionadas con la precariedad y la necesidad de conservar sus viviendas. Por otro lado, las entidades que ofrecen prestaciones de emergencia están desbordadas por la gran demanda de ayuda que reciben. Sus servicios y proyectos cuentan generalmente con presupuestos muy limitados y los requisitos y procedimientos de acceso son muy diferentes de una entidad a otra. Lo habitual, tanto en la administración pública, como en las entidades privadas es que las ayudas para el pago de alquiler cubran muy pocos meses de la deuda. Y las que se ofrecen específicamente para alquiler, no están dirigidas a cubrir deudas de impagos, y solo está abierta en periodos determinados del año.

Puedo decir, que a lo largo de 20 años de ejercicio profesional nunca había visto una amplitud tal de situaciones de dificultad, en formas tan múltiples y que afecte a tanta diversidad de personas en un ámbito tan concreto como el de la vivienda. Es en el tiempo de encuentro, escucha y acompañamiento, cuándo muchas personas nos hacen partícipes de los detalles. Nos hablan sobre sus deudas que se han acumulado durante varios meses, las dificultades para acceder a prestaciones, la vuelta a la calle de personas sin hogar, sin completar sus procesos y buscan vivienda; personas con dificultades para la convivencia que necesitan un lugar estable dónde vivir; la dureza de no encontrar empleo después de muchos años sin permiso de residencia y no poder pagar el alquiler; la dificultad añadida de ser familia monoparental – cuyo aumento observamos con preocupación por su especial vulnerabilidad- ; la violencia

de género, con sus escasas prestaciones sociales, insuficientes para el alquiler de vivienda, y muchos etcéteras.

A fecha de estas jornadas tenemos una legislación en materia de vivienda, que incluye a los colectivos más vulnerables, sin decreto que la desarrolle. (Ley 10/2016 de 7 de junio)

Es un tiempo, en el que, probablemente, profesionales, entidades y administraciones perdemos la mirada a lo global, y nos movemos más bien por cuestiones de necesidad parcializada, o emergencias que gozan de audiencia mediática, cómo el debate sobre “pobreza energética”. A pesar de que las medidas que se están desarrollando a raíz de este tema son positivas en sí, me sumo a las personas que consideramos que esta forma de segmentar la realidad, es, sobre todo, una forma de no abordar los problemas principales. Porque quienes tienen que elegir entre pagar los recibos de alquiler, pagar medicamentos para los hijos no cubiertos por la seguridad social, las facturas de los suministros, o comer de forma completa, no sólo sufren una situación de “pobreza energética”.

A falta de esta mirada más amplia, apuntamos al empleo cómo salida para esta situación, y frecuentemente la incluimos en nuestras intervenciones y orientaciones. Pero por sí sola no es suficiente. Robert Castel, sociólogo que revolucionó las teorías sobre exclusión social, preocupado por el desmoronamiento de los pilares de apoyo y solidaridad a nivel europeo, afirmaba en una de sus últimas conferencias en España, que “aunque cada vez haya más personas que trabajen, mediante su trabajo no consiguen cubrir sus necesidades ni las de su familias” (Castel, 2011), y realmente así lo confirmamos muchas veces desde las entidades públicas y privadas.

Este enfoque, además influye en el diseño de políticas sociales, y acaba condicionando de nuevo la intervención. Castel afirmó en esta conferencia: “la presión existente para que todo el mundo trabaje, afecta a las políticas sociales, vinculando de nuevo las prestaciones a la inserción laboral en el contexto actual de precariedad, culpabilizando a la persona si no se acepta o consigue empleo, lo que varios autores llaman “culpabilizar a la víctima” (Castel, 2011).

Con la precariedad laboral y la pérdida de derechos en este ámbito, las familias pierden su red de seguridad, y, aunque trabajen, no tienen capacidad de ahorro para hacer frente a los imprevistos, por lo que aumenta su situación de vulnerabilidad. Así lo corroboran estudios de Fundación FOESSA, en su Informe “Análisis y perspectivas 2017”: “el 60 %de los hogares vive hoy sin tener nada ahorrado o con un

nivel de ahorro tan pequeño que no le permitiría resistir sin tener ingresos más de uno o dos meses”.⁵

Desde las organizaciones del tercer sector, observamos de forma preocupante, que no solo no existe una red de seguridad económica, sino que las familias más vulnerables tampoco cuentan con red suficiente de apoyo emocional y material en otras formas, clave para los procesos de desarrollo y promoción.

En mi opinión, lo que ocurre en el ámbito de la vivienda es también fruto de estas dinámicas individualistas que se dan en todos los niveles y ámbitos sociales. La vivienda es como un eco preciso, un termómetro cuya lectura nos devuelve lo que está pasando a nivel interno. Son muchos los grupos sociales hoy que acuden con la necesidad de apoyo para la búsqueda de habitación o vivienda, o para la cobertura de otras necesidades básicas: Las familias con escasos recursos, con menores a su cargo, algunos discapacitados; los jóvenes que ya no están amparados por instituciones; las personas sin hogar con procesos severos de exclusión, que han salido de los recursos de alojamiento, porque tienen algún ingreso económico y, ante la falta de plazas les indican que tienen que buscar otro lugar dónde vivir; personas y familias pertenecientes a minorías étnicas, que también tienen alguna prestación, o se han separado y quieren buscar alojamiento; nuevas unidades familiares; muchas familias monoparentales, personas acogidas a programas de protección internacional, etc. Un clamor ingente de personas y situaciones de emergencia que sobrepasa muchas veces a los profesionales de los servicios en entidades públicas y privadas, que desborda las previsiones y los presupuestos, que no encaja ya ni en la planificación de las entidades y sus proyectos, ni en los protocolos e ítems de formularios y bases de datos de otras épocas.

Sabemos que estas situaciones de vulnerabilidad y exclusión que conocemos hoy desde las entidades sociales son puntas de un mismo iceberg, síntomas de una realidad callada y preocupante. Aspectos, que vistos desde otro prisma, nos podrían ayudar a considerar la situación, las intervenciones, el acompañamiento, o la participación de las personas, de una forma más amplia.

¿UNA “NUEVA ARQUITECTURA” PARA LA EXCLUSIÓN SOCIAL?:

La realidad de las personas, la diversidad de situaciones y de la demanda hacia la administración, hacia las entidades, está pidiendo a gritos un replanteamiento de la intervención frente a la pobreza y la exclusión. Otra forma de mirarla, de participar, y acompañar. Podríamos decir que una nueva “arquitectura para la exclusión social”,

⁵ Fundación FOESSA (2017) *Análisis y Perspectivas. Informe Anual*. Recuperado con fecha 31 de Octubre de 2017 de http://www.foessa.org/noticias_tags_noticiaInfo.aspx?Id=10910

como llama Víctor Renes al planteamiento que hace Fernando Vidal, en su interesantísima obra *Pan y Rosas. Fundamentos de exclusión social y empoderamiento*. (Vidal, F. 2009). Su obra es una invitación a nueva forma de mirar, plantear, estar, con las personas en situación de exclusión social. Un planteamiento para revolucionar el enfoque clave sobre los tipos de necesidades, y mirar las personas y los procesos más allá de la emergencia. Nos convoca y nos afecta a los trabajadores sociales, a la intervención social en todas sus dimensiones.

Y, en mi opinión, a las profesionales del ámbito social nos compete también participar el debate y la construcción de esta nueva forma de abordar la realidad social, como parte de las sociedades en las que desarrollamos nuestra labor. Cómo viene recogido en los Principios Éticos de los Trabajadores Sociales: “Los trabajadores sociales tienen un compromiso con los principios de justicia social (...) *Cada sociedad, independientemente de su organización, debe funcionar de manera que proporcione los máximos a todos sus miembros*”. (Texto aprobado por la Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, en 1999, Capítulo II, Artº.6)

A nivel político, es necesaria “la adecuación a las nuevas necesidades sociales” como se plantea en las Líneas estratégicas de Acción social para la Región de Murcia, fruto de un proceso de planificación iniciado en septiembre de 2011”⁶. Es de derecho, y corresponde a los poderes públicos, a quienes obliga el mandato constitucional, (Constitución española, art. 9.2), así como las competencias recogidas en el Estatuto de Autonomía, y las Leyes de servicios sociales en vigor.

La realidad que vemos desde las entidades sociales pide una planificación integrada, que conecte de nuevo a los distintos sistemas y agentes sociales, que fomente la intervención a través de procesos sostenidos de carácter preventivo y promocional. En este sentido es fundamental la participación de todas las partes implicadas, incluidas las personas que sufren situaciones de pobreza y exclusión; escuchar realmente las narraciones y su sentido (vincular participación y crecimiento personal; permitirles a las personas destinatarias de los proyectos que cojan sus fuerzas, sus derechos. Hacer proceso); Convocar y recoger miradas complementarias y necesarias para poder ver la situación social en su conjunto, con sus debilidades y sus fortalezas; sus amenazas y oportunidades. Mirarnos todos, asumir la parte que nos toca, porque la exclusión, cómo dice Fernando Vidal, no solo habla del otro, nos habla de nosotros mismos, “nos pone a todos en nuestro lugar” (Vidal, 2009: p.68)

⁶ Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Líneas Estratégicas de Acción Social (LEAS)*. Enero 2016. Recuperado el 19 de Octubre de 2017 de [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=52460&IDTIPO=100&RASTRO=c887\\$sm](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=52460&IDTIPO=100&RASTRO=c887$sm)

A otro nivel, más allá de la dimensión social en la que podemos participar de distinta forma, ¿Qué podemos hacer los profesionales de la relación de ayuda que trabajamos en entidades sociales?

PROFESIONALES, PERSONAS Y RELACIÓN DE AYUDA:

Históricamente, los profesionales que trabajamos desde las ONGs, venimos conteniendo, soportando también gran parte del peso, la más emocional muchas veces, de las crisis humanas y sociales que se vienen sucediendo. Nuestro papel de acogida, contención, acompañamiento en los procesos nos lleva a ser soporte de situaciones que a veces son insostenibles.

Señala también F. Vidal, en Pan y Rosas, que “la exclusión es una derresponsabilización, que desempodera la presencia de personas y comunidades”. Y como profesionales asumimos muchas veces esa derresponsabilización que se produce a distintos niveles. Es curioso, que nuestro perfil profesional, y sobre todo nuestro carácter en su parte más común, se preste con frecuencia a trabajar en contextos laborales, administrativos, políticos, en los que no acaban de estar claras las responsabilidades y sus titulares.

A nosotras nos corresponde principalmente la responsabilidad de cuidar el espacio de relación continua con las personas que vienen a pedir apoyo. Y cuidarnos a nosotras mismas.

Dejar que las personas tomen sus decisiones, y tomarlas nosotras también de forma lo más consciente posible. Importante respetar, acompañar y dar o tomar el tiempo necesario para que esto sea así. El peligro de la emergencia y la necesidad de respuesta, nos afecta a ambas partes.

Acogemos a las personas con sus procesos únicos y complejos, generalmente muy lentos, invisibles a corto plazo. Procesos que nos estremecen, en los que damos y recibimos; a los que llevamos nuestro ser como está cada día. En mitad de una labor casi siempre ingente, a veces en entidades desbordadas en su propia acción o inmersas en sus propias pobreza y retos internos. Asumiendo distintos niveles de responsabilidad en nuestros lugares de trabajo, teniendo que estar muchas veces disponibles a la multitarea.

Es preciso que estemos atentas a nosotras mismas, y mucho, para poder acompañar, para poder avanzar por nuestra parte en la relación de ayuda. Y no es un consejo maternal y teórico. He vivido la experiencia de tener que cambiar de entidad de trabajo en varias ocasiones, por haber entrado en el “pantano del Burnout”, cómo le llama M^a Dolores Baena, en su publicación para la Revista de Estudios Gestalt, número 1, (Baena, 2007). Saber y aceptar, que no solo son vulnerables las personas a las que acompañamos en sus dramas vitales.

Preguntarnos, ¿Cómo son nuestros vínculos? ¿Cuáles nuestras necesidades? ¿Cómo sostenernos para sostener a otras personas en procesos tan lentos a veces? ¿Cómo cuidarnos para seguir participando, siendo parte de esos procesos de promoción personal y social?

Observar y, sobre todo atender, la “falta de contacto con nosotras mismas, con nuestras necesidades y límites, en los terrenos corporal, emocional, mental, relacional y espiritual” (Baena, 2007). Buscar espacios para aprender a acompañarnos a nosotras mismas y supervisión profesional para nosotros y nuestras entidades, incluso para todo el equipo humano y sus procesos.

Nosotras también somos un reflejo de la realidad, que al mismo tiempo vamos proyectando en otros, parte de los mismos fenómenos de vulnerabilidad y exclusión social que se van generando.

BIBLIOGRAFÍA:

Baena, M. D. (2007). Aportaciones de la terapia Gestalt al Tratamiento del Síndrome de Burnout en los profesionales de la ayuda. *Revista de estudios de Gestalt*, Número1, 177-196.

Castel, R (2014). Procesos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. *Revista Internacional de Sociología (RIS)* Vol. 72, extra 1, 15-24, junio 2014 (adaptación de la conferencia inaugural en la Universidad de Jaén el día 21 de febrero de 2011)

Vidal, F. (2009). Pan y Rosas Fundamentos de exclusión social y empoderamiento. FUNDACIÓN FOESSA: Madrid

ANEXO I. VULNERABILIDAD Y EXCLUSIÓN DESDE ENTIDADES SOCIALES

RESUMEN COMUNICACIÓN PRESENTADA:

ENTIDADES SOCIALES:

Idiosincrasia, equipos humanos, proyectos diversos.
Soporte, presencia, valores.
Atentas a necesidades.
Con las personas desde espacios y entornos cercanos.
Implicación.

22 años. Tiempo de paradojas:

- ▶ Aumento de las situaciones de pobreza y exclusión social
- ▶ Mayor vulnerabilidad social.
- ▶ Sociedad fragmentada.

Y frente a esta realidad:

- Políticas represivas
- Cierre de recursos preventivos, promocionales
- Recortes presupuestarios
- Ausencia de políticas
- Medidas políticas que no se pueden desarrollar
- Deresponsabilización
- Descoordinación en ámbitos público y privado
-

¿Cómo están las personas?

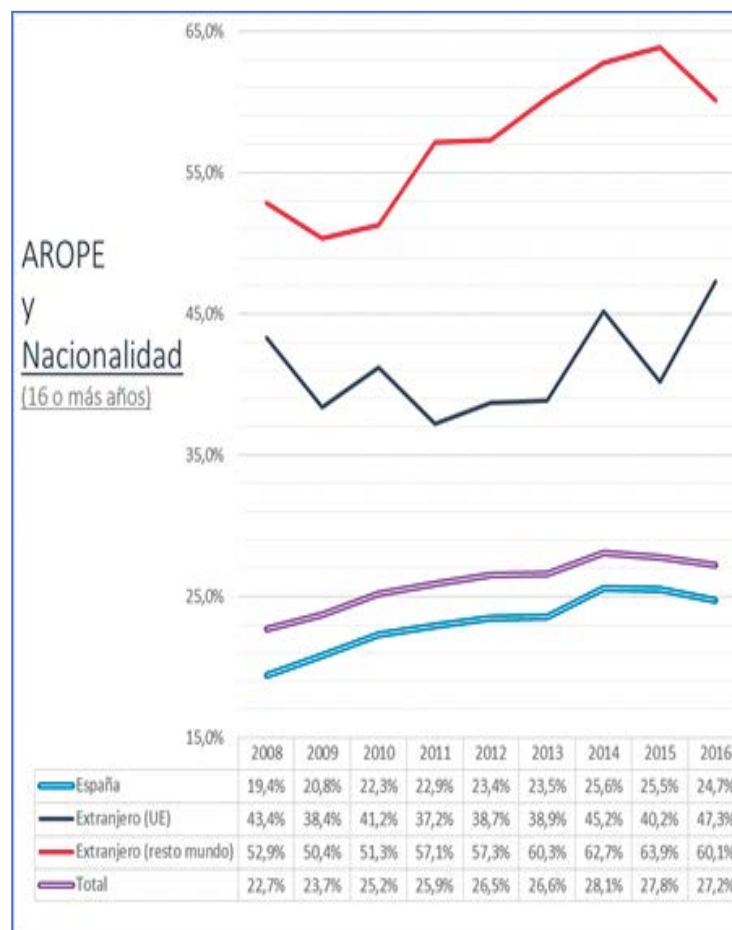
28% Población Riesgo pobreza y exclusión (2008-2016) (*Informe EAPN 2016*):

- Nacionales: 24,7%
- Extranjero U.E: 47,3%
- Extranjero Resto del Mundo: 60,1%

Umbral pobreza 2016 < 684€ (Unidad de consumo)

60% sin capacidad de ahorro (Informe FOESSA 2017)

El trabajo precario como panacea.



Vivir bajo el umbral de la pobreza en tiempos de individualismo:

Individualismo. (*“erosión y deterioro en las relaciones humanas” N. de la Red*)

Sociedad de consumo y multitarea.

Pérdida o ausencia de redes sociales.

Falta de vínculos significativos cercanos.

Insuficiente empleo. Gran precariedad laboral.

Lo que conlleva:

- ▶ Empobrecimiento. Sobrevivir.
- ▶ Necesidades complejas.
- ▶ Grandes cambios sociales: Más colectivos vulnerables
- ▶ Pérdida de derechos. No cobertura de necesidades básicas.
- ▶ Aislamiento. Soledad e invisibilidad
- ▶ Riesgo “Culpabilizar a la víctima” (Castel,2011)

La **vivienda** como reflejo:

Inaccesible para colectivos más vulnerables: Exclusión social, Familias sin empleo o empleo precario, familias monoparentales.

No poder tener una vivienda digna y cubrir otras necesidades al mismo tiempo.
Mayor riesgo de perderla y gran dificultad para encontrar otra: La amenaza de la exclusión residencial.

Insuficiencia y paralización de políticas relacionadas con el acceso a la vivienda para colectivos mayor dificultad.

Drama. Desesperación

Profesionales del Trabajo Social:

- ▶ Cuidar la relación
- ▶ Favorecer la autonomía<=> Respetar los procesos
- ▶ Personalizar
- ▶ Apostar por la prevención y la promoción de nuevo
- ▶ Ofrecernos. Participar activamente, trasladar realidades, denunciar, hacernos un espacio, proponer
- ▶ Cuidar el reparto de responsabilidades
- ▶ Promover espacios de trabajo conjunto, trabajo en red (entidades, con administración.)
- ▶ Generar redes, conectar
- ▶ Visibilizar

Personas, retos:

- ▶ Nuestro papel en la exclusión
- ▶ Aportar para crear una *“nueva arquitectura para la exclusión social”*: *Cambiar el enfoque, redefinir necesidades, mirar más allá de la emergencia, (Vidal, F.2009)*
- ▶ Reinventarnos, reilusionarnos
- ▶ Frenar. Dar tiempo: procesos lentos, invisibles
- ▶ Reflexionar, revisar, hacer con las personas, con otros.
- ▶ Preguntarnos, escucharnos (Nuestros vínculos, nuestras necesidades, límites.) Supervisión (Espacios para acompañarnos a nosotras mismas, supervisión equipos)

EL TRABAJO SOCIAL EN ÁREAS RURALES: EXPERIENCIAS EN PROGRAMAS DE EMPLEO EN TORRE-PACHECO, FUENTE ÁLAMO Y OTRAS ZONAS DEL CAMPO DE CARTAGENA.

Dña. Sofía Dios Pintado

Trabajadora social de Empleajoven de Columbares

Dña. Yanina Mariana Giuliano Fra

Trabajadora social del programa ALIQUAM de Columbares.

Dña. Marian Pérez Campoy

Trabajadora social del proyecto PONTE EN MARCHA, ¡Empléate! de Columbares.

RESUMEN

El trabajo social ha desarrollado en los últimos años una especial relación con el ámbito de la orientación laboral. Además, esta tendencia se ha sustentado a través diferentes políticas públicas, a título de ejemplo: a nivel europeo con la *Estrategia Europea 2020*, a nivel nacional con el *Sistema Nacional de Garantía Juvenil* o los programas dirigidos a personas inmigrantes impulsados por el *Ministerio de Empleo y Seguridad Social* y a nivel autonómico con el *Instituto Murciano de Acción Social* que contempla diferentes líneas de trabajo en este ámbito.

Y es que, desde la perspectiva de la multidimensionalidad de los procesos de vulnerabilidad y exclusión social, es indudable el papel central que ocupa la dimensión laboral y formativa; esto se debe a su vinculación con otras dimensiones: económicos, vivienda, relaciones socio-familiares, perspectiva de género o participación ciudadana. Dicha vinculación se ha reflejado especialmente desde el desarrollo de la crisis económica en España, convirtiéndose la precariedad laboral en uno de los principales desencadenantes de situaciones de vulnerabilidad y exclusión social. En este sentido, son muchos los programas dirigidos a personas en situación de desventaja social que focalizan su atención en la dimensión de empleo y formación, poniendo en marcha acciones dirigidas a mejorar el nivel de empleabilidad de la ciudadanía Murciana.

La Asociación Columbares viene desarrollando proyectos de empleo desde el año 2002 hasta la actualidad en diferentes puntos de la Región. Estos programas han sido desarrollados por profesionales de diferentes disciplinas como el trabajo social, la orientación laboral y docencia; y están dirigidos a participantes mayores de 30 años y jóvenes entre 16 y 29 años, con nacionalidad española e inmigrantes procedentes de terceros países. En esta comunicación hablaremos de los últimos proyectos que llevamos a cabo en zonas rurales del campo de Cartagena. Y es que debido al desarrollo de estos programas en estas zonas, consideramos la necesidad de plantear la complejidad que conlleva el desarrollo de proyectos de empleabilidad con

personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social o riesgo de exclusión social y también geográfica.

El objetivo principal de esta comunicación es compartir nuestra experiencia como trabajadoras sociales en el ámbito rural a partir de estos proyectos de empleabilidad. A través de ella hemos comprobado cómo habitar en estas zonas rurales plantea una serie de circunstancias específicas que condicionan no solo el acceso al empleo y recursos formativos, sino también el resto de factores o dimensiones mencionadas anteriormente; conformando todos ellos la red multidimensional en la que se desarrollan los procesos de vulnerabilidad y exclusión. Es así que consideraremos el ámbito rural como el eje transversal que ha condicionado nuestra intervención con diferentes colectivos y plantearemos los retos, dificultades y cuestiones que contribuyan a mejorar nuestro quehacer profesional en este ámbito tan en auge en nuestra región.

PALABRAS CLAVE: Trabajo Social. Empleabilidad. Exclusión Geográfica.

INTRODUCCIÓN

El empleo constituye un valor muypreciado como herramienta de inclusión social y de dignificación del ser humano desde comienzo de la etapa de la industrialización. En el siglo pasado, desde la crisis de los 70 y la finalización de la etapa del pleno empleo, en nuestra sociedad, conseguir un empleo fijo con condiciones laborales aceptables y mantenerlo hasta la edad de jubilación ha pasado a ser una utopía. El desarrollo del *desempleo estructural* ha supuesto un giro en la praxis de la intervención social, concretamente en el trabajo social; de ahí la especialización del trabajo social en el ámbito de la intervención y orientación laboral que integra uno de los objetivos de esta comunicación. A partir del año 2008 en Europa y especialmente en nuestro país, con la crisis económica, la inestabilidad y la precariedad laboral se han convertido en la realidad que viven cientos de familias que en otras épocas contaban con una estabilidad laboral que les permitía cubrir todas sus necesidades básicas. A los colectivos que ya se encontraban en una situación de exclusión o vulnerabilidad social, cuyas condiciones se han extremado, se les añade un nuevo colectivo formado por aquellas personas o familias que se han incorporado, tras dicha crisis, al grueso de beneficiarios de los Servicios Sociales. En el contexto en el que se desarrolla nuestra intervención como trabajadoras sociales en zonas rurales, hemos detectado que las desventajas de exclusión residencial o geográfica que ya vivían estas personas incrementan: primero, porque aumentan las problemáticas sociales y, segundo, porque disminuyen los recursos públicos, hay que repartirlos entre más personas. Esta situación genera la necesidad de reflexionar sobre cómo desarrollar el trabajo social a través de programas de empleabilidad en zonas rurales, lo que justifica otro de los objetivos que queremos tratar.

Estas cuestiones están siendo analizadas desde nuestra experiencia como trabajadoras sociales en proyectos de empleabilidad que la Asociación Columbares lleva a cabo en zonas rurales y que a continuación presentamos: **PONTE EN MARCHA, ¡Empléate! en Fuente Álamo** se inicia por primera vez en octubre de 2016 bajo la cofinanciación del Fondo Social Europeo en un 80% y por la Comunidad Autónoma de Murcia en un 20% (programa operativo 2014-2020). Este programa de empleabilidad se dirige a personas con nacionalidad española, mayores de 30 años, desempleados y que se encuentren en situación o riesgo de exclusión social. Este programa actúa, principalmente, en el municipio de Fuente Álamo y zonas vecinas a este municipio del campo de Cartagena. **EMPLEAJOVEN CARTAGENA** desarrolla su tercera edición desde 2015, financiado por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a través del IMAS y por el Fondo Social Europeo. Su ámbito de actuación es Cartagena incluyendo también las zonas rurales del Campo de Cartagena y Fuente Álamo. Este programa va dirigido a la mejora de la empleabilidad de jóvenes de edades comprendidas entre 16 y 29 años, inscritos en el Sistema Nacional de Garantía Juvenil y en situación o riesgo de exclusión social. **ALIQUM** es un programa para el desarrollo de itinerarios de inserción laboral de personas inmigrantes procedentes de terceros países, principalmente en situación de riesgo de pobreza o exclusión social, cofinanciado por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social y el Fondo Social Europeo. Los municipios de actuación donde se está llevando a cabo son Cartagena, Fuente Álamo y Torre Pacheco.

Estos programas tienen en común la mejora de la empleabilidad de sus participantes y para ello llevan a cabo **itinerarios de inserción socio-laborales**, a partir de los que se desarrollan acciones de formación ocupacional, tutorías individualizadas de orientación laboral y talleres grupales de formación básica en *informática, habilidades sociales e igualdad de oportunidades con perspectiva de género, prelaboral o habilidades básicas para la búsqueda activa de empleo, alfabetización y competencias lingüísticas*. Estas acciones están acompañadas durante todo el proceso con unas medidas de intermediación y prospección empresarial, contribuyendo al fomento de un entorno de Responsabilidad Social Corporativa en las zonas de actuación de estos proyectos.

De tal manera que consideraremos el ámbito rural como el eje transversal que influye en nuestra intervención con diferentes colectivos. Comenzaremos hablando sobre algunos conceptos básicos relativos a las políticas de empleo que sustentan nuestros programas y continuaremos profundizando en los procesos de integración-exclusión social y geográfica que condicionan nuestras acciones. Finalmente, plantaremos una serie de retos y cuestiones que contribuyan a mejorar nuestro quehacer profesional en el ámbito de la empleabilidad.

UN CONTINUO APRENDER A LO LARGO DE LA VIDA

Uno de los principales instrumentos de financiación de nuestros proyectos está constituido por el Fondo Social Europeo que tiene dentro de sus objetivos, según la Estrategia Europea 2020, la **mejora de la empleabilidad de las personas**:

“El Fondo Social Europeo (FSE) es el principal instrumento de Europa para fomentar el empleo, ayudar a las personas a conseguir mejores puestos de trabajo y garantizar oportunidades laborales más justas para todos los ciudadanos de la UE. Para todo ello, invierte en capital humano como requisito indispensable para contar con una fuerza de trabajo competitiva” (Comisión Europea, 2012, 1).

Teniendo en cuenta que los proyectos desde los que realizamos el presente análisis se sustentan en estos instrumentos europeos, analizaremos a continuación una serie de conceptos que sirven de base a las actuales políticas de empleo en el ámbito europeo, así como su materialización en nuestra práctica profesional. Entre estos conceptos se encuentran el de *flexiguridad*, como estrategia fundamental de la actual política de empleo, el concepto de *empleabilidad*, o el de aprendizaje a lo largo de toda la vida.

En primer lugar, el concepto de *flexiguridad o flexiseguridad*, desarrollado a partir de mediados de los años noventa del pasado siglo en el contexto de la Unión Europea, se considera como una estrategia:

“Para aumentar, al mismo tiempo y de manera deliberada, la flexibilidad de los mercados de trabajo, de la organización del trabajo y de las relaciones laborales, por un lado, y la seguridad —seguridad en el empleo y seguridad social— por otro” (European Expert Group, 2007, 11).

Los pilares que sostienen esta estrategia son principalmente: la flexibilidad laboral, fundamentada entre otros aspectos en la facilidad para despedir y contratar; políticas activas de empleo, que incluyen la formación a lo largo de toda la vida y medidas de activación, *que* “animen a los desempleados buscar trabajo”; y un “sistema generoso de ayudas”, que proporciona protección social (Quintana, 2012, 144). Esta perspectiva implica cambiar el modelo tradicional basado en la estabilidad y en un relativamente alto nivel de derechos, por ejemplo, protección frente al despido, por otro modelo en el que se reducen derechos y la estabilidad en el empleo, compensándose a los trabajadores con adecuadas políticas pasivas (prestaciones) y activas de empleo (formación y orientación) (Keune, M. y A. Serrano, 2014). En este contexto, las políticas de empleo, concretamente las políticas activas de empleo de las que surgen nuestros proyectos, se sitúan a medio camino entre la política económica y la política social. En este sentido, su finalidad es suplir los fallos del mercado (política económica) y al mismo tiempo paliar situaciones de desigualdad social asociadas al funcionamiento de dicho mercado de trabajo (política social)

(Santos, Montalbá y Moldes, 2004). Esto justifica nuestra intervención desde el trabajo social como herramienta de las políticas de empleo, para responder a las dificultades sociolaborales que presentan colectivos vulnerables, no solo en el ámbito laboral y formativo, sino también en el ámbito social.

En segundo lugar, según la definición del Servicio Regional de Empleo y Formación, el concepto de **empleabilidad**, básico en la estrategia de *flexiguridad*, es el “conjunto de aptitudes y actitudes que favorecen la integración laboral. Posibilidades existentes de encontrar un empleo y de amoldarse a un mercado de trabajo en continuo cambio” (Glosario Fundación Secretariado Gitano). En este sentido, implica: 1- Un proceso de evaluación individualizada para determinar el nivel de empleabilidad (alto, medio o bajo); 2- Dotar a las personas desempleadas de competencias, habilidades y recursos propios para desarrollar una actividad laboral y mejorar sus comportamientos de búsqueda de empleo. Se trata de un concepto individualizado de la inserción laboral, ya que supone que cada trabajador, gracias a su esfuerzo personal de aprendizaje a lo largo de toda la vida, será el responsable de mantener o mejorar su empleo o hallar otro si lo pierde, con ciertas ayudas basadas en motivación, tutela, acompañamiento o el *couching* personalizado. Estos procesos constituyen una de las bases de nuestros programas, y lo que es denominado por algunos autores como “paradigma de la activación” (Santos, Montalbá y Moldes, 2004, 175).

Nuestra experiencia nos confirma que si bien este proceso es coherente con el concepto de empoderamiento de la persona, poco dice de las condiciones del entorno que provocan la *inempleabilidad* y de las responsabilidades sociales que van más allá de la causa personal. A la hora de realizar los **diagnósticos de empleabilidad** nos encontramos con herramientas para su elaboración que inciden en aspectos como: la formación, la experiencia laboral, la capacidad de adaptación al cambio, la capacidad de aprendizaje y resolución de problemas, autoestima, expectativas, responsabilidad, la organización o la disponibilidad de horarios. Estos elementos hacen referencia a las características individuales de cada participante, sin embargo no recogen datos como la disponibilidad de transportes públicos con horarios y rutas accesibles, existencia de recursos formativos de la zona, características y condiciones de los empleos ofertados, precarización de las condiciones laborales. Elementos que si no son tenidos en cuenta obstaculizan las posibilidades de formación y empleo, concretamente en el caso de personas residentes en zonas rurales esto impide su inserción laboral ente otras cosas, en comparación con quienes residen en núcleos urbanos.

Fruto del trabajo en equipo de las profesionales que trabajamos en estos programas hemos complementado estas herramientas con estrategias de intervención comunitaria; hemos fomentado grupos de discusión dentro de los talleres y actividades para favorecer la creación de redes sociales y de amistad que motiven

relaciones colaborativas entre ellos, como por ejemplo: compartir vehículo para acceder a las formaciones o empleo, la creación de redes de búsqueda de trabajo o vivienda, o de espacios comunes en los que aprenden que no están solos en este proceso, es decir, que hay muchas personas en la misma situación y que pese a las dificultades el contexto social y económico actual puede ser modificado.

Al mismo tiempo, nuestros programas cuentan con medidas de prospección e intermediación; estas medidas permiten actuar de forma simultánea con el tejido empresarial fomentando la Responsabilidad Social Corporativa. Estas requieren una mayor dotación de recursos para, por un lado, la creación de una red responsable de empresas colaboradoras en las diferentes áreas rurales donde se desarrollan nuestros proyectos y, por otro, para que el itinerario de inserción socio-laboral continúe incluso cuando la persona obtenga un contrato de trabajo hasta que la persona funcione totalmente autónoma. En el caso de nuestros proyectos y en nuestro contexto regional se está desarrollando una forma novedosa de trabajo en red que permite establecer relaciones entre distintos agentes sociales: el Servicio de Empleo y Formación, el Instituto Murciano de Acción Social, los Servicios Sociales municipales y las entidades sociales de las zonas. Este proceso está contribuyendo a crear un entorno que facilita las redes de conexión tan necesarias en el trabajo con colectivos alejados de los recursos formativos y de empleo como es nuestro caso; y ello lo podemos apreciar a través de diferentes ejemplos de nuestra práctica diaria: el protocolo establecido entre la red mencionada anteriormente, supone la **acreditación oficial de la situación social**, la obtención de esta acreditación no solo es un requisito indispensable para el acceso a algunos de nuestros programas de empleo, sino que además implica la *asignación del código 19 en el SEF*, la *posibilidad de bonificación de la Seguridad Social* y el *acceso a recursos de empleo y formación específicos de los servicios públicos*. Este proceso de acreditación ha permitido, junto con protocolos locales de colaboración con profesionales de servicios sociales y del servicio regional de empleo y formación, facilitar el acceso de participantes excluidos geográficamente a diferentes formas de empleo y formación, como por ejemplo los programas mixtos de empleo y formación (PMEF) o de empleo público local, colaborando los distintos profesionales para el desarrollo y mantenimiento de sus diferentes itinerarios de inserción. Todo ello siendo conscientes, no obstante, de la necesidad de evitar la creación de circuitos específicos de inserción para estos participantes que pueden perpetuar un estatus social vinculado a condiciones precarias de empleo. En este último sentido, la nueva normativa de la **Renta Básica de Inserción** contempla un itinerario de inserción socio-laboral para las personas solicitantes, procurando así evitar la dependencia de las ayudas sociales e intentar insertar a las personas en el mundo laboral.

La acreditación también constituye implícitamente una manera de visibilizar el número real de personas que se encuentran en situación o riesgo de exclusión social y la carencia de recursos formativos a los que pueden acceder. Así, una vez

acreditada la situación social de las personas nos encontramos que quienes quieren comenzar a formarse, en lo que realmente les gustaría o les exigen para trabajar, no pueden porque no cuentan con los requisitos mínimos académicos para acceder, por ejemplo, a certificados de profesionalidad de nivel 2 o 3. La colaboración con el SEF constituiría el mecanismo oficial que podría solventar este problema, ofertando más cantidad de Certificados de Profesionalidad y Competencias Clave del nivel 1, que no tiene requisitos formativos ni profesionales. Esto provoca, entre otras cosas, continuar trabajando bajo economía sumergida, trabajar en condiciones ilegales o de explotación laboral.

UNA CUESTIÓN CLAVE: LA EXCLUSIÓN SOCIAL Y GEOGRÁFICA

Un segundo objetivo de esta comunicación es hablar de los procesos de exclusión social con los que trabajamos en nuestros proyectos de empleo y ver cómo todos esos procesos están condicionados por las situaciones de **exclusión geográfica**. Y es que a lo largo de nuestras experiencias como trabajadoras sociales queremos evidenciar cómo habitar en estas zonas rurales plantea una serie de circunstancias específicas que condicionan no solo el acceso al empleo y recursos formativos, sino también el resto de factores: económicos, vivienda, relaciones socio familiares, perspectiva de género o participación ciudadana; conformando todos ellos la red multidimensional en la que se desarrollan los procesos de vulnerabilidad y exclusión.

Así, en primer lugar conviene aclarar que la exclusión social es un proceso dinámico (no estático) y multidimensional:

“Es un proceso de alejamiento progresivo de una situación de integración social en la que pueden distinguirse diversos estadios en función de la intensidad: desde la precariedad o vulnerabilidad hasta las situaciones de exclusión más graves. Situaciones en las que se produce un proceso de acumulación de barreras o riesgos en distintos ámbitos (laboral, formativo, socio-sanitario, económico, relacional y habitacional), por un lado, y de limitación de oportunidades de acceso a los mecanismos de protección, por otro” (Laparra et al., 2007, 29).

Siguiendo estudios elaborados por el Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia (Hernández et al, 2016) y de acuerdo con esta definición, este proceso dinámico implica un continuo inclusión - exclusión en el que se sitúan las personas en función de su situación en cada momento. Uno de los esquemas más referidos sobre este proceso es el desarrollado por Castel (1997, 2004), según él, la quiebra del modelo de integración social, basado en el empleo asalariado y en las relaciones de solidaridad comunitarias, ha implicado la generación de tres zonas en la vida social: una **zona de integración**, caracterizada por un trabajo estable y unas sólidas relaciones familiares y vecinales; una **zona de vulnerabilidad**, con una inestabilidad en lo que se refiere al empleo (trabajos precarios) y a la fragilidad de

los soportes familiares y sociales; y una **zona de exclusión**, que se construye desde la inestabilidad del empleo (o de su inexistencia), desde unas rentas inexistentes, desde la desprotección; todo esto no es simplemente una precarización o una carencia, sino una expulsión que lleva al aislamiento social.

En estos programas de empleo cuando realizamos el **diagnóstico social** la mayoría de las personas se encuentran en la *zona de exclusión*, aunque queremos destacar que muchas de estas personas previamente se situaban en la *zona de vulnerabilidad* e incluso en la de *integración*. Debido a los efectos de la crisis económica y según datos llevados a la Asamblea Regional de Murcia sobre diversas investigaciones del Observatorio de la Exclusión Social de la Universidad de Murcia y recogidos en la prensa, “*un 44% de los hogares murcianos han tenido dificultades estos últimos años para llegar a fin de mes*” (Onda Regional, 2017). Esta *situación de riesgo o vulnerabilidad* de la pobreza se da no solo por carencia económica, sino también por “*la relación con los recursos alimenticios, la densidad de la vivienda, la accesibilidad a los servicios y los niveles de educación, entre otros diversos aspectos*” (Pujadas y Mendizábal, 2002, 82), a los que añadimos el de un buen servicio de transporte público que permita la movilidad de la ciudadanía para actividades laborales, sociales, de ocio y culturales.

En consonancia con esto último y con la definición inicial, otro aspecto inherente al concepto de exclusión es su carácter **multifactorial** y **multidimensional**. De manera que constituye un proceso en el que se van acumulando desventajas en diferentes dimensiones vitales relacionadas entre sí. A continuación veremos algunas de esas dimensiones y su relación con la exclusión geográfica, procedentes de los diagnósticos e itinerarios sociolaborales desarrollados en nuestros proyectos.

Aunque en primer lugar mencionemos la dimensión **económica**, en términos de insuficiencia e irregularidad de ingresos, como uno de los principales condicionantes de la exclusión social, esta depende y se relaciona con otras variables no menos importantes que a continuación detallamos:

En la dimensión de **vivienda** nos encontramos con unidades familiares que carecen de ella, concretamente personas en situación de desahucio, jóvenes sin estructuras familiares y con gran movilidad de hogar, hacinamiento con varias familias y con varias generaciones, situaciones de insalubridad y dificultad de emancipación. Destacando que en el ámbito rural hay una escasa oferta de parque de alquiler de vivienda y una distancia considerable de la vivienda a los diferentes recursos, incluidos los nuestros. A todo ello hay que añadir la insuficiencia de transporte público y escasa disponibilidad horaria. También destacar las barreras físicas que no cuentan con condiciones adecuadas de movilidad para superarlas, como el asfaltado de caminos, aceras e iluminación y carreteras peligrosas que no permiten la seguridad vial a pie o en bicicleta que para muchos es su medio de desplazamiento habitual.

En cuanto a la **educación** destacamos la dificultad para adquirir una cualificación profesional que potencie su empleabilidad por diversas razones: analfabetismo, abandono escolar temprano (afecta especialmente a las chicas de etnia gitana o de origen extranjero. En la región de Murcia se sitúa en el 26,4%, en comparación con la UE que se sitúa en torno a un 10%. La RM es la segunda con más abandono escolar en el 2016, según recoge el diario.es (2017)), absentismo escolar, desconocimiento del idioma, deterioros derivados de adicciones, etc. En general hay una falta de hábitos de aprendizaje por la ausencia de ellos en el contexto familiar y el aislamiento respecto a otros recursos de la zona o la capacidad para desplazarte o aproximarte a ellos (falta de transporte, de becas, entre otros). Además, y no menos importante, en el caso de algunos participantes procedentes de otros países resaltamos la sobre cualificación sin homologar en nuestro país; según la herramienta que usamos de *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación* de la UNESCO, que organiza la información en educación y formación, estas personas quedan registradas en dicha herramienta de evaluación como personas sin estudios.

La dimensión de **salud** cuenta con limitaciones para actividades de la vida cotidiana. Si diferenciamos entre salud física y mental, en la física, en el caso de personas mayores de 30 años por enfermedades como artrosis, anemia, lumbalgia, alergia, entre otros, vinculadas al trabajo en el ámbito agrario; en chicos, hombres, menores de 30 destaca que estas limitaciones proceden de adicciones. Y en cuanto a salud mental nos encontramos con esquizofrenias, depresión, trastornos y discapacidades cognitivas no diagnosticadas. Consideramos importantes en nuestros programas la concienciación y el acceso a los recursos de planificación familiar y educación sexual. Esto ocupa una parte muy importante dentro de acciones transversales con nosotras de manera individual y que deberíamos llevarlo a un nivel comunitario. Por último, desde un punto de vista ambiental y de salud, conviene destacar los índices de contaminación que sufren algunas de estas zonas y las consecuencias que de esto derivan, como ocurre en La Aljorra y los casos de enfermedades según la prensa (La opinión, 2017).

Otra dimensión es la de las **relaciones socio-familiares**, que trabajamos en nuestros itinerarios individualizados porque tener una red social relacional deficitaria implica un aislamiento aún mayor para estas personas. Cabe destacar la existencia de *familias monoparentales*, compuestas en su mayoría por mujeres con hijos a cargo; *familias deestructuradas*, con ausencia de roles definidos y cambios continuos en la composición de la unidad familiar; y *familias con valores culturales muy arraigados* que dificultan el acceso a los recursos básicos de integración social (educación, salud, empleo), sobre todo en el caso de mujeres fuertemente influenciadas por el grupo familiar o sus parejas. En los diagnósticos recogemos también la falta de apoyo social (amigos, vecinos, familias), el entorno desfavorable de una sociedad machista, familias numerosas, aislamiento en caso de violencia de género, repudio familiar ante denuncias.

El **empleo** es una dimensión peculiar en las zonas rurales en las que intervenimos. Existe una escasez y falta de diversificación de ofertas laborales más allá de las vinculadas al sector agrícola. Estas ofertas tienen un carácter temporal que dificulta una inserción laboral estable y solo genera ingresos económicos irregulares e insuficientes para atender de manera adecuada las necesidades básicas. Según alerta la EAPN⁷ Región de Murcia existen “trabajadores en riesgo de exclusión que no son conscientes de ello” (La Verdad, 2017). Por otro lado, nos encontramos con una serie de características frecuentes en los colectivos de exclusión social como por ejemplo, la adaptación a las normas del empleo, el desempeño de actividades no normalizadas.

Por último, en la dimensión de **participación social**, al igual que ocurre con la carencia de recursos en las dimensiones anteriores, es notable la insuficiencia de actividades socio-culturales que favorezcan la integración, el sentimiento de pertenencia y la solidaridad. A esto le añadimos situaciones particulares de nuestros participantes como las relaciones conflictivas con el entorno que implican el cumplimiento de medidas judiciales. También, situaciones de rechazo del entorno entre los mismo vecinos de la zona basadas en criterios xenófobos que achacan la falta de empleo y ayudas sociales por a la presencia de inmigrantes en esas zonas.

A lo largo del desarrollo de los programas hemos detectado que el denominador común en estas dimensiones es el factor de aislamiento geográfico que sobredimensiona el resto de variables.

CONCLUSIONES

Llevando a cabo una autoevaluación profesional, creemos que el trabajo multidisciplinar y los beneficios de contar con una formación extra en ciencias sociales a la hora de analizar y descubrir estrategias de intervención en nuestro quehacer diario como trabajadoras sociales adquieren una gran relevancia. Es así que proponemos evitar la fragmentación de las ciencias sociales y contar en la elaboración y puesta en práctica de los proyectos con sociólogas, antropólogas, psicólogos, educadoras sociales, arquitectos, profesionales de la salud, entre otros.

En nuestro caso particular, adoptar un enfoque holístico a nuestra labor nos ha permitido examinar la realidad con la que trabajamos de una manera distinta y así abordar posibles soluciones a problemas relacionados con la casuística de la empleabilidad, especialmente en zonas rurales.

Po otro lado, algunos ejemplos que hemos recogido de las propias experiencias vitales de las personas participantes de estos programas, reflejadas en los informes y diagnósticos sociales elaborados por las trabajadoras sociales de dichos proyectos, dibujan un espiral de la que es aún más difícil salir si no se empodera también a las ciudades; estas ciudades deben ser entendidas como: *“formas de administración del poder y de los recursos que distribuyen beneficios indirectos en configuraciones*

⁷ Red de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de la Región de Murcia.

espaciales: zonas de recreo, servicios públicos exclusivos, circuitos de seguridad sectorizados, canales de transporte segmentados” (Castro, 2016, 236). Facilitando una gestión pública en la que el Estado de Bienestar ofrezca soluciones a necesidades básicas como en este caso concreto sería el transporte público, entre otros.

Desde la perspectiva que adoptamos, nuestra misión como trabajadoras sociales no se puede limitar solo en llevar a cabo las tareas implícitas en los proyectos sociales financiados para los que trabajamos, sino también recoger la realidad de la población y poner en marcha actuaciones con los recursos de las zonas y la creación de equipos multidisciplinares para trabajar sobre ello, en “*el diagnóstico, la prevención y la intervención*” (Gallego, 2000, 20). Y aún más, promoviendo la participación ciudadana para la resolución de sus propios problemas y haciéndoles protagonistas del cambio, aplicando metodologías relacionadas con la Investigación Acción Participación (IAP). De alguna manera, tenemos la suerte de poder realizar un pequeño trabajo de campo, propio de disciplinas como la Antropología y Sociología, que nos permite “llevar a cabo descripciones y análisis de tipo cualitativo obteniendo información en forma directa, pudiendo aplicar con ayuda de esta disciplina una dimensión ideológico-cultural” (Gallego, 2000, 12).

Por último, otra tarea dentro de nuestro quehacer es trabajar el *relativismo cultural*, abogando por la “aceptación de la pluralidad de manifestaciones culturales y teniendo en cuenta que las culturas son eminentemente dinámicas y en constante redefinición” (Gallego, 2000, 19). Esta acción será fundamental ya que en estas localidades predomina la mezcla de culturas en su sentido más amplio.

BIBLIOGRAFÍA

Castel, R. (2004). Encuadre de la exclusión. S. Kars. *La exclusión bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*. Barcelona: Gedisa.

Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Buenos Aires: Paidós.

Castro, M. y Buchely, L. (2016). Mujer, espacio y poder: ciudad y transporte público como dispositivos de exclusión. Reflexiones desde la ciudad de Cali. *Estudios Socio-Jurídicos*, 18(2), 229-254.

Comisión Europea (2012). *Fondo Social Europeo: invirtiendo en las personas - qué es y qué hace*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

European Expert Group on flexicurity (2007). *Flexicurity Pathways. Turning hurdles into steppingstones*.

Quintana, J. M. (2012). ¿Flexibilidad laboral, flexiseguridad o flexplotación?. *Lan harremanak: revista de relaciones laborales*, 26, 131-159.

Fundación Secretariado Gitano. *Empleabilidad*. Recuperado el 14 de octubre de 2017 de [http://www.sefcarm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=41202&IDTIPO=11&RASTR O=c\\$5m5082,5150](http://www.sefcarm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=41202&IDTIPO=11&RASTR O=c$5m5082,5150).

Gallego, C. (2000). Antropología aplicada y trabajo social. *Acciones e investigaciones sociales*, 10, 5-22.

Hernández, M. et al (2016). *Exclusión Residencial en Murcia: miradas y trayectorias*. Murcia: Editorial Fundación Cepaim.

Keune, M. y Serrano, A. (eds.) (2014). *Deconstructing Flexicurity and Developing Alternative Approaches: Towards New Concepts and Approaches for Employment and Social Policy*. London: Routledge.

Laparra, M. et al. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión social. Implicaciones metodológicas. *Revista Española del Tercer Sector*, 5, 15-57.

Pujadas Rúbies, I. y Mendizábal, E. (2002). Pobreza y exclusión social en España. Una visión geográfica de la población de riesgo. *Revista de geografía*, 1, 79-103.

Santos Ortega, A., Montalbá Ocaña, C. y Moldes Farelo, R. (2004). *Paro, exclusión y políticas de empleo. Aspectos sociológicos*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

PERIÓDICOS DIGITALES:

A la carta (2017). Casi la mitad de los hogares murcianos llegaba difícilmente a fin de mes en los últimos años. *Onda Regional*. Recuperado el 8 de noviembre de 2017 En <http://www.orm.es/informativos/noticias2017/emergencia-social-manuel-hernandez-director-del-observatorio-de-la-exclusion-afirma-que-casi-la-mitad-de-los-hogares-murcianos-llegaba-dificilmente-a-fin-de-mes-en-los-ultimos-anos/>

Agencia EFE (2017). UMU alerta de que la pobreza se ha hecho crónica en la Región de Murcia. Recuperado en La Verdad el 8 de noviembre de 2017 de <http://www.laverdad.es/agencias/murcia/201711/08/alerta-pobreza-hecho-cronica-1080927.html>

Europapress (2017). El director del Observatorio de Exclusión Social alerta de falta de datos para medir los índices de pobreza en la Región. Eurpapress de Cartagena Murcia. El 8 de noviembre de 2017 en <http://www.europapress.es/murcia/noticia-director-observatorio-exclusion-social-alerta-falta-datos-medir-indices-pobreza-region-20171108131935.html>

Eldiario.es (2017). La Región de Murcia es la segunda con más abandono escolar en el año 2016. Recuperado el 7 de noviembre de 2017 de http://www.eldiario.es/murcia/sociedad/Region-Murcia-segunda-abandono-escolar_0_705530556.html

La Opinión (2017). La Aljorra denuncia que sufre tres veces más cáncer que otros pueblos. Recuperado el 24 de abril de 2017 de

<http://www.laopiniondemurcia.es/cartagena/2017/04/18/aljorra-denuncia-sufre-tres-veces/822437.html>

La Verdad (2017). EAPN *alerta trabajadores en riesgo exclusión que no son conscientes de ello*. Recuperado el 16 de octubre de 2017 de

<http://www.laverdad.es/agencias/murcia/201710/16/eapn-alerta-trabajadores-riesgo-1064317.html>

PROGRAMA LABORA

Itinerarios Integrados para la Inserción Sociolaboral de personas en Situación o Riesgo de Exclusión Social.

(Programa Operativo del Fondo Social Europeo de la Comunitat Valenciana 2014-2020).

Dña. M.^a Ceferina De Gea García
*Trabajadora social, coordinadora del Departamento de Servicios Sociales
del Ayuntamiento de Pilar de la Horadada.*

Resumen: Itinerario, inserción, sociolaboral, personas, exclusión.

Cuando hablamos de inserción, estamos haciendo referencia también a la inclusión, a la necesidad del ser humano de sentirse incluido en la vida social porque, como decía Aristóteles, “los humanos son seres sociales por naturaleza” y nosotros necesitamos sentirnos insertos en una sociedad para poder crecer.

Es por ello por lo que en Pilar de la Horadada creemos en la atención integral de las personas y familias y trabajamos para promover el desarrollo de competencias personales, sociales y laborales, y con ello, lograr la inserción social.

1.- Antecedentes.

Pilar de la Horadada se encuentra situada en la franja costera mediterránea, pueblo limítrofe con la Región de Murcia. Es un pueblo de 21.348 personas⁸ a fecha 01 de Enero de 2016. El municipio se caracteriza por ser eminentemente agrícola y turístico, basando gran parte de la economía local en ambos sectores, lo que conlleva una elevada tasa de estacionalidad en el empleo.

Como recursos locales en materia de empleo, el Ayuntamiento de Pilar de la Horadada cuenta con la Agencia de Empleo y Desarrollo Local (AEDL),

⁸Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

centralizando los recursos y la formación en materia de empleo en dicha Agencia, dirigida al público en general y a todo tipo de personas en situación de desempleo.

En el mes de Julio de 2016, la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas convoca por Orden: 16/2016, de 1 de agosto, de la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones dirigidas al desarrollo de itinerarios integrados para la inserción sociolaboral de personas en situación de exclusión social.

Es en ese momento cuando desde el Departamento se presenta un proyecto integral, basado en la atención personalizada a personas con difícil perfil de empleabilidad derivadas de diversas situaciones sociales, ambientales, económicas y personales.

El veinticuatro noviembre de 2016 se publica en el DOGV, resolución de 15 de noviembre de 2016, de la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se conceden y se dan publicidad a las subvenciones dirigidas al desarrollo de itinerarios integrados para la inserción sociolaboral de personas en situación o riesgo de exclusión social para los ejercicios 2016 y 2017.

En ese momento, Pilar de la Horadada se convierte en uno de los quince Ayuntamientos de toda la Comunidad Valenciana receptor de esa subvención junto con once entidades sociales de la Comunidad. Ciento catorce proyectos quedan excluidos.

El importe concedido asciende a:

- Para lo que resta del año 2016: 50.000,00 €
- Para el año 2017: 150.000,00 €.

El Programa Labora está cofinanciado el 50 % por la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas y por el otro 50% por el Fondo Social Europeo a través del Programa Operativo del Fondo Social Europeo de la Comunitat Valenciana 2014-2020.

El proyecto técnico se presenta con el perfil de profesionales que llevarán a cabo el proyecto, solicitando a dos personas con titulación en Psicología y a otra persona con titulación en Trabajo Social. Además de esto se marcan las acciones a desarrollar, la calendarización, los objetivos, los indicadores evaluativos, el perfil de personas beneficiarias y todos aquellos aspectos destacables a la hora de implementar el Programa.

2.- Inicios del Programa Labora.

El 20 de enero de 2017 se comienza (después de un proceso de selección) la contratación de un psicólogo y una trabajadora social. El 20 de Abril se incorporará al equipo una nueva psicóloga. Dada la fecha de resolución, el Ayuntamiento no es

capaz de terminar el proceso selectivo para la contratación del personal en el año 2016 por lo que el importe concedido es devuelto de manera íntegra.

Se comienza a dar idea al proyecto, a elaborar toda la documentación que se va a utilizar a lo largo de todo el año, se elabora una campaña de publicidad y captación y a informar a todos los departamentos de la percepción de la subvención.

Como ejemplos de todo lo que se ha elaborado tenemos:

- Folleto informativo.
- Dossier para empresas.
- Campaña publicitaria: prensa, radio, web, redes sociales, papel, pancarta, etc.
- Ficha de registro de usuarios.
- Ficha de informe de entrevista inicial de carácter sociolaboral.
- Informe de derivación a otros servicios o recursos.
- Hoja de cesión de datos.
- Solicitud de baja del Programa.
- Solicitud de incorporación al Programa.

A partir de aquí se crean dos proyectos:

- LaboraDis: orientado a personas con diversidad funcional.
- Labora+: para el resto de colectivos sociales.

Iniciado el Programa Labora, las funciones del equipo (para que no haya duplicidad de recursos o de intervenciones) queda establecido:

- Un psicólogo encargado de la formación de las personas beneficiarias del Programa Labora, ya sea impartiendo los cursos o a través de la contratación externa del profesional.
- Una trabajadora social encargada de la primera acogida, entrevista y en general de las atenciones a los usuarios.
- Una psicóloga encargada de la prospección laboral, de las visitas a empresas y de la “venta” del Programa.
- Una colaboradora que de manera puntual ayuda al equipo con la tramitación de ofertas de empleo de servicios públicos.

3.- Desarrollo del Programa Labora.

A mediados del mes de marzo se comienza a trabajar con las primeras personas, casi todas en ese momento, perceptoras de una Renta Garantizada de Cuidanía y personas del Centro de Día para personas con diversidad funcional. Se

establece que este año no se va a trabajar con personas menores de 30 años debido a las acciones formativas que se están llevando a cabo a través de la Concejalía de Juventud y el Programa de Garantía Juvenil y el PICE.

Como requisitos mínimos para acceder a Programa Labora se establecen que las personas deben estar empadronadas en el municipio, estar inscritas en el Servicio Valenciano de Empleo y Formación (Servef) y también en la Agencia de Empleo y Desarrollo Local municipal.

Tras valorar a todos los beneficiarios, sus perfiles, sus necesidades y carencias, sus fortalezas y los items que se marcan, se procede al desarrollo de las acciones de formación como manera de desarrollo personal y profesional. Entre las actividades de formación podemos destacar por una lado la formación que la propia subvención nos ha marcado:

- Motivación y coaching.
- Alfabetización digital.
- Búsqueda activa de empleo.
- Habilidades sociales y prelaborales.
- Desarrollo de competencias individuales, personales, laborales y sociales.

La formación propuesta por el equipo y según necesidades de las personas usuarias, complementaria a la anterior, y siendo:

- Recursos y tendencias de empleabilidad.
- Jornada de empleo: “Proyectando tu futuro”.
- Marca personal y autoestima.
- Curso para la obtención del carné de conducir.
- Mesa redonda: “El empleo en la sociedad del cambio”.

Hay que decir, que los grupos de personas, tan heterogéneos, han sido divididos según el nivel (en el caso de alfabetización digital) de desarrollo personal. Además de esto, también se han derivado a personas a cursos de formación desarrollados por la Agencia de Empleo y Desarrollo Local del Ayuntamiento. Podemos destacar el curso de inglés, de creación de empresas, de carné de manipulador de alimentos, etc.

Hay que señalar que el Programa Labora cuenta con una pequeña beca de asistencia o transporte para los participantes del mismo, de máximo 10,00 € diarios. Además de esto también cuenta con ayuda para el pago de seguros, suministros, alquileres, colaboraciones técnicas, material y publicidad.

A la misma vez que se comenzaba con la formación, también comenzaron las visitas a empresas para dar a conocer el Programa Labora, los perfiles que se disponían y sus necesidades sobre mano de obra y de formación en su empresa. Además de esto, se ha elaborado un folleto informativo para las empresas hablando sobre la Responsabilidad Social Corporativa, consistente en incorporar a la estrategia y gestión de la empresa las preocupaciones sociales, económicas y medioambientales de su entorno.

4.- Algunos datos en cifras.

A lo largo de todos estos meses ya se han obtenidos datos concluyentes en relación a la respuesta de la implantación del Programa Labora en el municipio⁹:

- ◆ Número de personas entrevistadas: 88
- ◆ Número de personas que han accedido al Programa: 66
- ◆ Número de visitas a empresas: 126.
- ◆ Número de ofertas gestionadas: 75.
- ◆ Número de personas insertadas: 38.
- ◆ Más edad de la personas insertada por sexo: 57 (en mujer) y 54 (hombre).
- ◆ Media de edad de participantes del programa: 48 años.

5.- Conclusiones.

Es poco tiempo para poder realizar una valoración completa y exhaustiva acerca del Programa Labora, pero las cifras anteriormente dadas nos hacen meditar.

Como primera reflexión que hemos alcanzado es que dentro del Programa Labora, no todo el mundo está cualificado o preparado para una búsqueda activa de empleo con posibilidad de éxito.

Hemos de comenzar por trabajar con la persona, trabajar sus dificultades y miedos, su motivación al cambio, sus patrones, sus reticencias, en definitiva todo aquello que bloquea a la personas a la hora de realizar la búsqueda de empleo. Esta preparación previa ha sido importantísima para posteriormente comenzar la búsqueda de empleo con la que lograr la inserción sociolaboral.

No hay que olvidar que el colectivo con el que se trabaja ha sido muy específico, por lo que no han entrado todas las personas que han hecho la primera entrevista.

⁹Datos obtenidos desde Enero a Septiembre de 2017.

Posteriormente, el seguimiento individualizado también ha sido muy importante porque en este perfil de personas el grado de frustración ante el NO después de una entrevista de trabajo o la finalización del empleo es difícil de asimilar. Romper las ideas preestablecidas que presentan está siendo muy difícil, pero la propia autoregulación del grupo que genera el Programa (las personas se van conociendo en las formaciones y son ellas mismas quien van contando sus logros, objetivos y metas, transmitiendo a los otros una valoración positiva y la posibilidad de la consecución de la inserción) es aprovechada por los profesionales para seguir trabajando.

Las personas siempre han encontrado ese apoyo que han necesitado, la orientación, la motivación a continuar con el proceso del cambio y sobre todo un servicio profesional y de calidad.

Como segunda reflexión y punto negativo para el equipo de trabajo, han sido las reticencias de las empresas hacia este tipo de colectivos. El nombre elegido por parte de la Consellería tampoco ha sido muy acertado porque la palabra EXCLUSIÓN SOCIAL la conocen como connotación negativa. Ha costado romper esa barrera y se ha hecho gracias al apoyo de empresas que han contratado a personas y que han conocido la realidad social. Ellas a cambio han recibido un seguimiento individualizado del trabajador, apoyo ante cualquier situación y publicidad en todos los medios disponibles y a nuestro alcance.

También señalar que el Programa, al recibir fondos europeos lleva gran cantidad de burocracia en papel, como por ejemplo:

- Rellenado de registros semanales por parte de los profesionales hora a hora de la labor que están realizando.
- Envío de altas y bajas de personas usuarias todos los meses.
- Auditoría interna por parte de la Consellería y realizada en el mes de mayo.
- Rellenado de documentación de la última actuación realizada con la persona en el mes.
- Entrega de memoria económica en el mes de septiembre de 2017 (de lo gastado).

A final de año pedirán memoria técnica y memoria económica donde se recojan todos los resultados obtenidos. Además de esto se está a la espera de la convocatoria del año 2018 para poder presentar el proyecto y continuar con el trabajo.

Para más información pueden contactar en:

Ayuntamiento de Pilar de la Horadada

Departamento de Servicios Sociales

Plaza de Campoamor, 2. Planta -1

labora@pilardelahoradada.org

Web: www.pilardelahoradada.org

Tlf: 965352225 Ext: 377



AGRADECIMIENTOS: A todo mi equipo humano que viene desarrollando el Programa Labora (Domingo Blasco, Diana Marín y María Rodríguez) y especialmente a Jose María Hernández Campillo, porque sin él, habría sido imposible.

PROSTITUCIÓN Y DERECHOS

Dña. Adelia Cañizares Rivera
Dña. Alhambra Estévez López
Trabajadoras sociales de la Asociación CATS (Comité de apoyo a las trabajadoras del Sexo).

TRABAJO SEXUAL, DERECHOS HUMANOS, ESTIGMA, RECONOCIMIENTO Y TRABAJO SOCIAL.

QUIÉNES SOMOS:

El Comité de Apoyo a las Trabajadoras del Sexo (CATS) es una asociación sin ánimo de lucro que defiende los derechos de las personas que ejercen la prostitución, desde el respeto a su decisión individual de permanecer o cambiar de actividad.

CATS estaría siempre ahí para apoyar cualquier decisión, tanto de salir del ejercicio de la prostitución como de continuar en el trabajo sexual, desde el respeto hacia la persona, su situación y sus planes de vida.

OBJETIVOS

Los objetivos que persigue la asociación son los siguientes:

- ✓ Luchar por el reconocimiento de los derechos de quienes se dedican al trabajo sexual.
- ✓ Atender sus demandas sanitarias y sociales no cubiertas por la Administración.
- ✓ Luchar contra el estigma (la mala fama) que sufren las trabajadoras del sexo
- ✓ Crear alternativas laborales reales para quienes desean cambiar de actividad, mejorando las condiciones de quienes desean permanecer ejerciendo la prostitución.
- ✓ Luchar contra la trata y la explotación laboral
- ✓ Crear un espacio de reflexión política sobre la prostitución en el que se escuche la voz de sus protagonistas
- ✓ Difundir la realidad del trabajo sexual en distintos ámbitos sociales: universidad, medios de comunicación, asociaciones de comerciantes o asociaciones de vecinos y vecinas.

- ✓ Participar en distintas plataformas regionales, nacionales e internacionales de intercambio y debate sobre el trabajo sexual

METODOLOGÍA

Partimos de las demandas planteadas por el colectivo de personas que ejercen la prostitución.

Nuestra filosofía es promover que las personas que ejercen la prostitución sean los «motores» de los cambios que les afectan.

Trabajamos en tres niveles:

- Local: las demandas y necesidades de las personas que ejercen la prostitución y sus familias
- Lugares de trabajo: calle, pisos y clubes de alterne
- Teléfono 24 horas

ÁREAS DE ATENCIÓN

Todos los servicios que ofrece CATS son **totalmente gratuitos** para las personas que trabajan en prostitución.

En CATS, saben que apoyamos su trabajo, luchamos por defender sus derechos y el trato es más cercano.

- 1- Acogida y recepción
- 2- Salud
- 3- Legal
- 4- Social
- 5- Laboral-Formación
- 6- Investigación-Sociológica
- 7- Sensibilización social
- 8- Coordinación
- 9- Salidas a los lugares de trabajo
 - Visitas diurnas: *Calle/Carretera*
 - Visitas nocturnas: *Clubes de Alterne*
 - Visitas nocturnas → *Calle/Carretera*

En esas visitas se realiza:

- Información sobre los recursos de CATS
- Entrega de material preventivo

- Educación para la Salud

En 2016 atendimos en CATS a 1569 trabajadoras del sexo (sin contar familiares)

- 1493 mujeres
- 44 Trans
- 32 hombres

Las áreas más demandadas fueron la sanitaria y

Procedentes de 42 países diferentes entre los que destacan:

1ª) Rumanía

2º) Colombia

3º) Marruecos

4º) España

5º) Nigeria

PROSTITUCIÓN Y DERECHOS

Las trabajadoras del sexo son sujetos de derecho y como ciudadanas su actividad no debería implicar en ningún caso la negación de sus derechos de ciudadanía que les corresponden.

Desde las aplicaciones de ordenanzas municipales, hasta leyes de persecución que implican una vulneración constante de los derechos fundamentales.

En el caso en particular de la Ordenanza para luchar contra la prostitución en el municipio de Murcia se observa un recorte de libertades como la libre circulación por el espacio público. Teniendo en cuenta que estas mujeres son vecinas del barrio y su actividad cotidiana (llevar a los niñ@s al colegio, hacer la compra o visitas vecinales) se ve alterada por la continua presencia policial y la imposición de multas, que muchas de ellas han sido recurridas en CATS al demostrar que efectivamente no se estaba ejerciendo la prostitución en ese momento. Ellas nos trasladan la sensación de angustia y temor que sufren día a día. Estas políticas de persecución y criminalización, obligan a ejercer en lugares alejados donde están más expuestas a situaciones de abusos. Hemos de saber que para ellas la negociación previa con el cliente donde ellas dejan claras las condiciones y servicios a realizar, además de valorar posibles riesgos con la observación (si este se encuentra bajo efectos del alcohol, drogas o lo perciben agresivo, sucio, etc) es imprescindible.

Así, a la vulnerabilidad y precariedad económica se suman las sanciones administrativas por el ejercicio de la prostitución en la calle, que las mujeres viven como una carga. De esta manera, las ordenanzas, que permiten gravar con multas de

entre 750 y 3.000 euros a las mujeres que ejercen en la calle o la Ley de Seguridad Ciudadana que permite punir con multas de entre 100 y 600 euros a estas mujeres, pueden acabar incrementando las presiones económicas que sufren.

En el artículo 15 de la Ordenanza en “Intervenciones específicas”, en el punto dos dice: “Los servicios municipales competentes, con el auxilio de los agentes de la autoridad si fuera necesario, informarán a todas las personas que se encuentren en situación de prostitución y/o explotación sexual de todos aquellos recursos sociales, cualquiera que sea la titularidad de los mismos, que trabajan con este colectivo posibilitando el abandono de esta situación”. Desde CATS vemos la imposibilidad real del abandono de la prostitución dado el escaso apoyo desde la administración.

A raíz de estas políticas las demandas de las prostitutas que han optado por el trabajo sexual y quieren mejorar las condiciones en que lo desarrollan son silenciadas e invisibilizadas. La idea de que casi toda la prostitución existente es forzada, se ha extendido de tal manera que se utiliza sin reflexión alguna.

Nuestro contacto diario con este colectivo nos refleja que el ejercicio del trabajo sexual suele ser la única alternativa real que tienen muchas mujeres, la mayoría de ellas migrantes y algunas en situación irregular, con lo cual sin posibilidad de acceso a trabajos normalizados ni a ayudas sociales, exceptuando alguna puntual.

Tenemos que tener en cuenta que la mayoría vienen con un proyecto migratorio, con lo cual han de mantenerse ellas aquí y enviar dinero a su país. Esto, con los precios de la vivienda en España, pago de suministros básicos, etc, es muy difícil con un sueldo de un trabajo precario. Y qué decir de aquellas que tienen menores y carecen de una red de apoyo. Muchas de ellas ven en la prostitución la única manera real de conciliación (por ejemplo: para trabajar en el campo se las recoge a las seis de la mañana y vuelven a las seis de la tarde. En fábricas y almacenes los turnos suelen ser rotativos ¿Quién cuida de los menores por las noches?. En hostelería suelen ser jornadas partidas, librando un día entre semana.

El acceso al mercado laboral suelen ser a trabajos precarios y altamente feminizados. Esto no quita que muchas de ellas tengan formación universitaria, pero encuentren muchas trabas (mayoría económicas) a la hora de homologar títulos.

Desde CATS apostamos por el reconocimiento del trabajo sexual como un trabajo, dada la estrecha relación que existe entre este y los derechos de ciudadanía (para el acceso a vivienda, prestaciones sociales, subsidios de desempleo, bajas por maternidad, jubilación, etc).

En 2016 se realizaron en el área laboral 1201 atenciones a 228 personas, de ellas 51 accedieron al mercado laboral. De estas, 10 decidieron abandonar totalmente la prostitución.

Como trabajadoras sociales observamos que el estigma de ejercer la prostitución condiciona el acceso de estas a acudir a otros recursos sociales fuera de CATS.

Los Centros de Servicios Sociales aunque están ubicados de tal forma que permiten el fácil acceso de los/as usuarios/as a este servicio, desde nuestra asociación informamos muchas veces de su existencia, desconocida para muchas de ellas. En 2016 derivamos a 43 personas a las Unidades de Trabajo Social de zona y se atendieron a 232 personas en total en el área social.

De nuestras usuarias las más reticentes a acudir a su trabajadora social de zona son las mujeres con menores. El estigma asociado a ejercer la prostitución, provoca que las administraciones duden de que la educación y el entorno que pueden proporcionar estas madres a sus hijos e hijas sea la correcta. Estos factores contribuyen a un aumento de las decisiones de retirar la guarda y custodia de los niños y niñas que, en ocasiones, vulneran el derecho a la vida privada y familiar de estas mujeres y de sus hijos. Para ellas, el mensaje que envía la administración no es un mensaje de protección sino de criminalización y castigo. Esto genera una dinámica de desconfianza que provoca que no accedan a los recursos y oculten que tienen hijos. Observamos un rechazo al término “trabajador social” al asociarlo a “control” y no a “apoyo”. Estos hechos nos tienen que hacer reflexionar sobre la mirada que los/as trabajadores/as sociales tenemos sobre este colectivo y sobre cómo realizamos las intervenciones.

Nos gustaría terminar esta intervención con un texto que nos ha hecho llegar nuestra compañera Georgina Orellano, trabajadora sexual de calle y presidenta de la asociación AMMAR (Argentina):

“La puta no puede solicitar un crédito porque no tiene cómo demostrar sus ingresos.

La puta no puede alquilar un piso porque no tiene ningún recibo de sueldo ni nada que se le parezca para demostrar que nosotras podemos pagar.

La puta no puede acceder a la jubilación porque su trabajo no está reconocido.

La puta no puede darse de alta porque no existe la categoría cómo tal y te sugieren que lo hagas a través de otras modalidades de manera engañosa, como: masajista, peluquera, tarotista o cuidadora de personas mayores (aunque este último sea el que más se parezca a nuestro trabajo).

Derechos ningunos. Pero exigencias, todas.

Las putas parece ser que tenemos que ser feministas, anticapitalistas al igual que nuestros clientes, tenemos que estar organizadas, tenemos que demostrar que nuestro trabajo nos encanta, tenemos que demostrar que trata no es igual a trabajo sexual, tenemos, tenemos, tenemos.... Pero al resto jamás se le exigió tanto para poder arañar los pocos derechos que le hemos arrancado al sistema.

Parece como cuando te van pidiendo requisitos cada vez más difíciles de cumplir, para que toda esa gente sentada detrás de escritorios te digan con la mano en la cintura “no es suficiente”.

Nos hemos cansado de que nunca sea suficiente”.

Bibliografía:

- Colectivo Hetaira
- Women’s Link Worldwide. Informe: “Madres en las redes de trata. Derechos robados”
- **Catherine Murphy, Policy Advisor at Amnesty International**
- **Georgina Orellano. Asociación AMMAR**

TRABAJO SOCIAL Y REFUGIADOS

Dña. María Virginia Sánchez Rivas

Trabajadora social para la atención de personas refugiadas.

RESUMEN

Con este trabajo, se pretende dar a conocer cuáles son los países con mayor número de demandas de solicitud de protección internacional ante el Estado Español y Europa. Las razones y el perfil de las personas solicitantes, así como los abundantes obstáculos que estas personas en situación de vulnerabilidad, por la violación de sus derechos humanos se están encontrando ante la solicitud de protección internacional.

Por otro lado, se abordará el papel fundamental y crucial que debe desarrollar el profesional del Trabajo Social para la acogida y desarrollo de las fases de protección e intervención de las personas refugiadas. Las personas que acceden al Programa de Acogida Temporal pasan por tres fases diferenciadas: 1ª fase o fase de acogida; 2ª fase o fase de integración y 3ª fase o fase de autonomía. Estas fases se transforman en tres servicios específicos con una temporalización, apoyo técnico y económico. Todas estas fases y servicios son desarrolladas por trabajadores sociales, por lo tanto, la importancia de esta profesión en este campo es evidente.

PALABRAS CLAVE

Funciones del trabajador social, intervención social con refugiados, refugiados en España y Europa, fases de intervención, cultura.

INTRODUCCIÓN

En el mundo, más de 65 millones de personas viven fuera de sus hogares por la guerra, la violencia y graves violaciones de sus derechos fundamentales. Estas cifras son alarmantes y registran el número más alto a lo largo de los tiempos. La fotografía del cuerpo sin vida del pequeño Aylan (septiembre de 2015) recorrió el mundo y estremecía la conciencia humana porque simbolizó, en toda su acritud, en todo su dramatismo, la tragedia de las personas refugiadas. El horrible naufragio del 20 de abril de 2016, en el que más de quinientas personas perdieron la vida entre Libia e Italia, llevó a la Unión Europea a trabajar en la Agenda Europea de Migraciones y a adoptar los primeros acuerdos para la reubicación y el reasentamiento de personas refugiadas.

Bajo el impacto global que tuvo la muerte de Aylan, se terminaron de definir los acuerdos para reubicar a un total de 160.000 solicitantes de asilo procedentes de Italia y Grecia y, en el marco de programas de reasentamiento, acoger a 22.504 personas refugiadas, principalmente originarias de Oriente Medio y del norte y este de África. El plazo límite que se marcaron entonces fue septiembre de 2017. Según periódico El País (2017), A finales de marzo de este año, la Comisión Europea ha admitido que solo se acogerá al 25% de las 160.000 personas que se comprometieron a reubicar. Esto es un fracaso rotundo que pone de manifiesto la falta de interés político entre los países miembros de la Unión Europea.

Ante la constante llegada a España de personas necesitadas de protección internacional, el Ejecutivo aumentó los presupuestos públicos destinados a los programas dirigidos a estas personas, pero asignó el mayor esfuerzo de la acogida a las organizaciones no gubernamentales, no siendo esto suficiente porque, se necesita de una estrecha coordinación entre las ONGS y los organismos políticos competentes para esta situación. Así como, la frecuente revisión de las líneas de actuación y sistemas de acogida que se determinaron para desarrollar el trabajo de acogida e integración de las personas solicitantes de protección internacional.

1. DESCRIPCIONES TERMINOLÓGICAS Y JURÍDICAS EN PROTECCIÓN INTERNACIONAL

Antes de continuar profundizando en este tema, es necesario plantearnos las siguientes cuestiones terminológicas y jurídicas diferenciadas, como son las siguientes: ¿quién puede ser considerada persona refugiada?, ¿qué es apátrida?, ¿a qué se hace referencia cuando se habla de estatuto de refugiado, protección internacional o protección subsidiaria?, ¿qué es un reasentamiento? ¿por qué solicitar protección internacional por razones humanitarias o, qué diferencia existen entre solicitante de asilo y refugiado? Estas son algunas cuestiones básicas que, son necesarias conocer para tener en cuenta en el momento de acogida e intervención del trabajador social con personas solicitantes de protección internacional.

De acuerdo con la Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados, con entrada en vigor el 22 de abril de 1954, un refugiado es una persona que:

"Debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de su país; o que careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores no quiera regresar a él" (Convención sobre el estatuto de los refugiados).

Tomando como referencia las descripciones terminológicas que realiza la Agencia de la ONU para los Refugiados (ACNUR) se entiende que:

- **Apátrida**, “designa a toda persona que no es considerada como nacional suyo por ningún Estado conforme a su legislación”.
- **Estatuto de Refugiados**, “es una forma de protección que puede ser reconocida a las personas que cumplen los requisitos para ser una persona refugiada, es decir, un temor fundado a ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual”.
- **Protección Internacional** es un término que “engloba tanto el estatuto de refugiado como la protección subsidiaria. A menudo es confundido con el término estatuto de refugiado, pero es necesario remarcar que el término protección internacional es más amplio”.
- **Protección Subsidiaria** “es el dispensado a las personas que, sin reunir los requisitos para ser reconocidas como refugiadas, se dan motivos fundados para creer que si regresasen a su país de origen se enfrentarían a un riesgo real de sufrir alguno de los daños graves como la muerte, tortura, amenazas contra la integridad, etc”.
- **Protección por Razones Humanitarias**, “supone la concesión de una autorización de residencia temporal que se concede en determinados supuestos, como por ejemplo a personas víctimas de determinados delitos en los que hayan concurrido motivos racistas, antisemitas, religiosos, étnicos; a extranjeros que acrediten sufrir una enfermedad sobrevenida de carácter grave; a solicitantes de asilo inadmitidos a propuesta de la Comisión Interministerial de Asilo y Refugio; y otros supuestos recogidos en nuestra legislación”.
- **Reasentamiento**, “consiste en el traslado de una persona refugiada del país donde buscó protección a un tercer país que ha aceptado admitirle. Esta circunstancia puede deberse a diversos motivos: que el primer país niegue los derechos básicos a las personas refugiadas; que las autoridades no quieran o no puedan proporcionarles una protección eficaz; o que su vida corra peligro en dicho país o su libertad se vea amenazada”.
- **Solicitante de Asilo y Refugiado** son frecuentemente confundidos: “solicitante de asilo, es la persona que solicita el reconocimiento de la condición de refugiada y cuya solicitud todavía no ha sido resuelta de forma definitiva”.

2. LAS SOMBRAS DE LA PROTECCIÓN INTERNACIONAL EN ESPAÑA Y EUROPA

Tomando como referencia el informe de 2017 de las personas refugiadas en España y Europa, emitido por la Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), durante 2016 y, según los últimos datos estadísticos, emitidos en 2017 por la Oficina Europea de Estadística (EUROSTAT), España volvió a alcanzar un

récord con 15.755 peticiones de protección internacional presentadas, 874 más que en el año 2015 y casi el triple que en 2014, con 5.947. Sin embargo, no hubo diferencias en la proporción de solicitantes que España atiende respecto al total de la Unión Europea, ya que apenas representó el 1% de las 1.259.955.

Según CEAR (2017) las causas del aumento del número de solicitantes de protección internacional en 2015 han sido distintas, tomando en cuenta esencialmente la llegada de personas refugiadas de Siria. En 2016 la principal razón fue el aumento progresivo de solicitantes procedentes de Venezuela, con 3.960 solicitudes, mientras que, en 2015 el Estado Español recibió, 596; en 2014, 124; en 2013, 35; en 2012, 28; en 2011, 52; y, en 2010, apenas 19. La crudeza de la situación política y la crisis de la economía nacional, dan razón este éxodo. Las solicitudes que llegaron fueron principalmente de personas de clase media (docentes, periodistas, funcionarios, empresarios) que generalmente alegan un posicionamiento contrario a la política del Gobierno, así como las solicitudes que argumentan una persecución por motivo de la orientación sexual.

El número de solicitudes de personas naturales de Siria, durante el año 2016, se redujo casi a la mitad (se pasó de 5.724 de 2015 a 2.975 en 2016). Esta caída se explica si se tiene en cuenta la disminución de las solicitudes formalizadas en Melilla, 2.440 frente a las casi 6.000 de 2015, debido a los crecientes obstáculos para llegar a la oficina de asilo del puesto fronterizo de Beni Enzar y a la ausencia de otras vías legales y seguras para acceder al procedimiento (CEAR, 2017).

El tercer país de origen fue Ucrania, con 2.570 solicitantes, en 2016, frente a los 3.420 de 2015, puesto que permanece el conflicto armado que comenzó en 2013. Destacan las solicitudes de familias monoparentales, así como de personas provenientes de las regiones de Donetsk y Lugansk que alegan temor a ser reclutadas tanto por el Gobierno como por las fuerzas opositoras. En cuarto lugar, estuvo Argelia, con un breve aumento de 675 solicitantes en 2015 a 740 en 2016. Una parte formalizaron su solicitud en Ceuta alegando, motivos de persecución basada en la discriminación por razones de género y orientación sexual (CEAR, 2017).

En quinto lugar, está Colombia con un aumento, al pasar de 129 solicitantes de 2015 a 615. Predominaron las solicitudes de personas desplazadas que fueron objeto de extorsión por grupos criminales y por los actores del conflicto sin protección por parte de las autoridades de su país. En 2015 la liquidación de la exigencia de visado de corta duración para las personas naturales de este país facilitó su acceso al procedimiento de protección internacional en España. Y En sexto lugar, se encuentra El Salvador, con 425 solicitudes, y a continuación Honduras, con 385. Por primera vez, se sitúan entre los diez primeros países de origen de personas solicitantes en España, principalmente debido a la violencia de las maras y otros grupos organizados, que ejercen una actividad criminal

generalizada (extorsión, reclutamiento forzado, violencia sexual, violencia contra niños, niñas y adolescentes...) (CEAR, 2017). La respuesta del Gobierno ha sido la denegación inmediata de la protección internacional o la prolongación *sine die* (sin fecha o plazo determinado) de la instrucción de los expedientes. En este caso, es una de las crisis de personas refugiadas más invisibles de la actualidad.

3. FASES DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL CON REFUGIADOS

Las tres fases que se comentarán a continuación hacen referencia a las etapas por las que tiene que pasar la persona refugiada ante su llegada a España, hasta que se completa su proceso de adaptación, inserción e integración, dependiendo del caso. Es importante tener en cuenta que, tanto la duración de cada una de las fases como el tipo de necesidades que en cada una se plantean, no se pueden delimitar ni generalizar. Todo esto viene condicionado por:

- Edad, sexo, cultura (religión), estatus sociocultural, experiencias traumáticas vividas antes, durante y después de la salida de su país de origen, así como su situación familiar.
- Estatus jurídico que posee (documentación).
- Tiempo de permanencia en el país de acogida, estancia previa en otros países, duración etc.

Antes de comenzar con la descripción de las fases, de acuerdo con Vega Pascual, el trabajador social que trabaja con personas refugiadas está siempre condicionado por los aspectos legales en materia de extranjería¹⁰. Como indica Barrero (1993) “el trabajo social con Refugiados parte de una preocupación fundamental de carácter humanitario, y de una exigencia práctica planteada por las necesidades de colectivos de personas en situaciones de desprotección, frente a los que la Comunidad Internacional ha suscrito compromisos de protección” (Barrero, 1993, p.175).

A continuación, se procede a analizar cada una de las fases que constan el programa de atención de personas solicitantes de protección internacional, así como las funciones del trabajador social.

3.1. FASE DE ACOGIDA

A diferencia de un migrante económico, la persona solicitante de asilo todo cuanto le rodea es desconocido. Por lo general, la persona no sabe cuál va a ser su país de destino. Las personas que trabajan con solicitantes de refugio, es

¹⁰ Lamentablemente, cuanto más traumático haya sido la situación de la persona solicitante de protección internacional, en términos de persecución en su país de origen, cuantos más traumas físicos y psicológicos haya padecido, más posibilidades tiene de ser reconocido como refugiado por un gobierno.

necesario que, tengan la sensibilidad necesaria para poder abordar y suavizar el impacto que genera el impacto de la realidad. En esta primera etapa, hay que cubrir las necesidades básicas de la persona, aquellas que aparentemente requieran una actuación inmediata o de emergencia por parte del trabajador social. Se debe tener en cuenta que esta fase tiene una duración de seis meses desde el momento que la persona ingresa en el programa de acogida.

3.1.1. Características más comunes que presentan los refugiados.

- Miedo a ser devuelto a su país; a que sus autoridades consulares, en el país de acogida, lleguen a saber de su presencia en España o de su petición de asilo. También a las represalias que podría tomar el gobierno de su país contra los familiares que quedaron en el país de origen, tras conocerse su salida del país. Miedo a la policía -cualquier persona uniformada-. Miedo a lo desconocido.
- Desorientación en ocasiones, no saben en qué país van a llegar, ni los obstáculos que se van a interponer durante la huida de su país (mafias que, bajo promesa de sacarles de su país y llegar a lugares seguros, les ponen en situaciones de alto riesgo con peligro para su integridad física).
- Carencia de recursos económicos, muchas personas han gastado sus ahorros en comprar el pasaje y el de sus familiares, pasaportes, visados de salida y entrada, autorizaciones militares, etc.
- Desconfianza de las autoridades del país de acogida. Piensa que pueden ser espías. Sobre todo, cuando la gestión es gratuita.
- Situación documental irregular, muchas personas llegan a los países de asilo sin visados de entrada, con pasaportes y/o documentación de identidad falsa. Su salida ha tenido que ser repentina y de forma clandestina.
- Síntomas de ansiedad, alteración nerviosa provocadas por todas las circunstancias anteriormente mencionadas, las vividas en sus países, la ruptura, el desarraigo y el choque cultural.

3.1.2. Funciones del trabajador social

- En primer lugar, proporcionar una acogida y un trato amable y afectuoso. Escuchar y no juzgar. Explicar claramente sus funciones, sus responsabilidades, así como describir la organización a la que pertenece.
- Hacer hincapié en la confidencialidad de la información que el solicitante de asilo o refugio proporcione.
- Crear un clima de confianza y seguridad. Evitar interrupciones por personas externas, escuchar activamente respetando sus señas de identidad, su cultura.
- Explicar a la persona el procedimiento para solicitud de asilo de la forma más clara posible, en los casos que la situación lo requiera, hacerlo a través de un intérprete. Así como sus derechos y deberes. Indicar los trámites

necesarios para realizar la solicitud de asilo, la importancia de los plazos y presentar documentación y pruebas que, puedan justificar y apoyar la solicitud de asilo.

- Proporcionar información general sobre el país de acogida, la realidad social, política, cultural, económica, laboral, formativa, horarios, sistemas de transporte, alimentación y todos aquellos aspectos que sean de interés y relevancia para el beneficiario.
- Realizar una primera entrevista en profundidad con el objeto de elaborar una historia social completa del usuario. Esta información facilita la intervención con la persona. También nos arroja información sobre si la personases migrante económico o refugiado.
- Facilitar información necesaria sobre los recursos disponibles, aportando información clara sin generar falsas esperanzas en aquello que no sea posible conseguir. Las diferencias culturales, se deben tener muy claras, para la interpretación de comportamientos, expresiones, gestos, modo de saludar, etc.
- Detectar cuales son las necesidades más urgentes en la persona, que no tienen por qué coincidir con las del trabajador social (aspectos culturales).

3.1.3. Recursos

- Aportar información sobre los recursos que le ofrece el entorno.
- Aportar alojamiento y manutención. En esta fase, la persona pasa a vivir con otros solicitantes de asilo o refugio, sujeto a las ayudas económicas que aporta la Dirección General de Migraciones.
- Asistencia médica, para tener cubiertas sus necesidades y estar sujetos a los beneficios del sistema sanitario gratuito español.
- Asistencia psicológica y psiquiátrica, para aquellas personas que lo necesiten. Realizar acompañamiento social en los centros de salud mental y afines.
- Facilitar clases de idioma, como puede ser la inscripción en Escuela Oficial de Idiomas y similar.
- Localización/contacto con familiares, en la medida de lo posible, Esta función es muy común realzarla con personas que proceden de países en situación de guerra.
- Comedores y roperos, aunque dentro del programa la persona dispone de asistencia básica cubierta, no deja de ser muy escasa.
- Prestaciones de emergencia para grupos vulnerables.

3.2. FASE TUTELA O DE ADAPTACIÓN

Esta fase tiene una duración de seis meses que, dependiendo de la situación de la persona, puede ser prorrogada hasta un máximo de seis meses más.

Se trata del proceso de aprendizaje en el que el refugiado va adquiriendo un mayor conocimiento de la cultura, de las limitaciones y dificultades derivadas de la realidad socioeconómica del país de acogida, así como de los aspectos relacionados con el procedimiento de asilo en España. Se va familiarizando con los servicios que prestan algunas ONG's y con las instituciones gubernamentales. En este momento, surge también la confusión de los interesados ante las grandes diferencias entre los mismos programas de prestaciones de las ONG's que cuentan con subvenciones para la atención a refugiados. Las personas ya han tomado contacto con grupos de iguales y realizan comparaciones.

3.2.1. Características más comunes que presentan los refugiados.

En esta fase, es cuando el refugiado va tomando conciencia de que el estatus sociocultural que tenía en su país, en España, va a sufrir un retroceso. Refugiados con carreras universitarias superiores y alto prestigio en su país de origen se ven frustrados por no obtener un reconocimiento por su valía profesional en el país de asilo, ni generalmente se les va a dar oportunidad de demostrarla, al menos durante los primeros años de su estancia en el país de acogida.

El tipo de trabajos que desempeñan son aquéllos que los propios nacionales no quieren aceptar: sector agrícola como temporeros, recolectores (africanos), limpieza doméstica, internas en casas (países del este y latinoamericanas), hostelería (países del este), venta ambulante (Medio Oriente), etc. También durante esta etapa el refugiado tiene una idea más clara de su situación en España: si quiere o no quedarse, si pretende reasentarse en un tercer país donde sabe con bastante certeza que tiene posibilidades de ser aceptado.

Como indica Beck (1998), el trabajo es un importante factor para normalizar las vidas de las personas solicitantes. El empleo, les permite establecer redes sociales, obtener ingresos y les aporta estabilidad. Elementos determinantes para una buena salud mental. Debido a la crisis económica, los prejuicios que existen ante las personas solicitantes de protección internacional y el desconocimiento generalizado sobre la legalidad de la llamada, tarjeta roja, el estado de bienestar de las personas refugiadas, se está viendo muy afectado. En otras palabras, el aumento del desempleo, la precarización de las condiciones de trabajo y la reducción de las políticas estatales sobre empleo, están siendo los principales causantes de la dificultad que estas personas están teniendo para conseguir una incorporación total a la nueva realidad a la que han huido.

3.2.2. Funciones del trabajador social

Las funciones más comunes que desarrolla el trabajador social en esta fase son:

- La puesta en valor hacia el refugiado sobre las ayudas económicas que percibe. Se debe hacer entender que las ayudas económicas que recibe están sujetas a un plan personalizado de intervención (PPI).
- Realizar informes sociales. Es un instrumento de gran importancia tanto para las solicitudes de asistencia socioeconómica (prorroga de prestaciones, comunicación de incidencias, estancias en centros, etc). Cuando la solicitud de asilo va a ser denegada, se puede recurrir a través de un informe social detallado que puede realizarse en apoyo a los recursos prestados por los interesados. En este caso, es muy importante estar en coordinación con los abogados que trabajan en el programa, con el objeto de reforzar el informe social y cumplir con los plazos establecidos que marca la ley.
- Contactar con los organismos e instituciones que intervienen en el procedimiento para la determinación del estatuto de refugiado, con el fin de detectar que estos cuentan con toda la documentación necesaria para, determinar una resolución basada en una información completa.
- Realizar entrevistas de seguimiento continuadas, para conocer su situación actual y obtener una información detallada de su situación en ese preciso momento.
- Observar los progresos que está realizando con el idioma y, si necesita mayor refuerzo.
- Analizar la capacidad de relación con distintos grupos, incluyendo la relación con los miembros de la familia entre sí.
- Trabajo, el trabajador social debe conocer qué tipo de empleo puede realizar la persona una vez que tiene tarjeta roja autorizada para trabajar. Esto es determinante puesto que, las ayudas son temporales y la persona, requiere de un empleo para conseguir su propia autonomía.
- Realizar el seguimiento de la escolarización de los niños. Contacto con los profesores en los centros educativos, educadores, profesores terapéuticos etc, para detectar posibles problemas de conducta y conocer, la adaptación al centro.
- Realizar evaluaciones periódicas sobre los objetivos y actividades marcadas en el PPI.
- En la medida de lo posible, es importante trabajar las aspiraciones y metas que se ha marcado la persona, puesto que, en algunos casos se aleja de la realidad.
- Reconocer y aceptar los errores que se hayan cometido, ya que las situaciones que presentan los solicitantes son muy diversas y no existe “receta” para la intervención.

3.2.3. Recursos

- Vivienda, una vez finalizada la fase de acogida, la persona debe salir del piso de acogida para comenzar su vida en una nueva vivienda de alquiler. El gasto de la misma está sujeto a las ayudas económicas que se ofrecen desde el Estado español para la atención a estas personas. En esta fase, la responsabilidad de la búsqueda de vivienda recae sobre el beneficiario, aunque debido a las grandes dificultades que existen para el alquiler de la misma a personas refugiadas, dificultades basadas en el estigma social, recelo de impago y desconocimiento, esta tarea se hace muy ardua.

- Trabajo, en primer lugar, es necesario informar sobre las convalidaciones de estudios, títulos y diplomas ante el MEC. Disposiciones y leyes específicas sobre esta materia referidas a determinadas nacionalidades. El trabajador social, también es responsable de orientarle sobre cursos de reciclaje, formación reglada, recursos de búsqueda activa de empleo presencial y/o on-line. Establecer contacto con empleadores y, derivar a otras ONG's y recursos que cuenten con bolsa de empleo.

- Salud mental, los problemas psicológicos pueden aparecer después de varios meses e incluso años desde la llegada a España de los refugiados. En un inicio, pueden ser considerados problemas aparentemente insignificantes, que podrían estar relacionados con el proceso de adaptación e integración, sirven como detonantes para provocar crisis y resucitar trastornos psicológicos de los refugiados relacionados con sus anteriores experiencias traumáticas no superadas. En este caso, en la medida de su posibilidad, es necesario recabar información sobre su situación psicológica y psiquiátrica, a través de posibles familiares que estén cerca o bien, a través de entrevista social y atención psicológica que, en todo momento, ofrece el programa.

3.3. FASE DE AUTONOMÍA

Esta es la última de las fases y, como ya se ha indicado, no son todas las personas que llegan a alcanzarla. El aspecto diferenciador en esta fase es que las necesidades del refugiado deberían estar ya "normalizadas" y encontrar respuestas en la sociedad de acogida. El tiempo en que se pretende que un refugiado se adapte e integre en nuestra sociedad es irreal de acuerdo con los plazos que marcan los programas de atención a refugiados en España. Ni 6 meses, ni 12, ni 18 son suficientes para que un extranjero-refugiado esté preparado para ser autónomo. El idioma, la cultura, la edad, las experiencias traumáticas etc, condicionan claramente este proceso. Las llamadas políticas de integración son meramente

asistencialistas. Hablar de integración social es muy difícil. Integrarse no supone únicamente adaptarse o insertarse, se trata de ser autónomo, una persona más en el país de acogida, participando en distintos aspectos de la vida social, cultural, política y económica, pero manteniendo su propia cultura, su identidad cultural.

A veces, por mucha voluntad y predisposición que tenga el refugiado e incluso dominando el idioma, con permiso de trabajo y residencia y teniendo un empleo, no puede decir que se encuentre “integrado” en la sociedad cultural de acogida. Para finalizar, sería necesario reflexionar sobre estas cuestiones: en algún momento, ¿se le ha preguntado a la persona qué quiere y qué necesita?, ¿por qué se pretende la integración y no se plantea el respeto y reconocimiento de la diversidad cultural? ¿qué es la identidad?.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abellán, L. (2017, 27 de marzo). Bruselas admite que sólo se admitirán un 25% del plan de reparto de asilados. *El País*, p. 10

ACNUR (2017, 01 de noviembre), recuperado de: <http://www.acnur.org/a-quien-ayuda/refugiados/quien-es-un-refugiado/>

Barrero, A. M. (1993). Una propuesta metodológica para el trabajo social con refugiados. *Cuadernos de Trabajo Social*, n °6, pp. 167-180. Ed Universidad Complutense. Madrid

Beck, U. (1998). *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*. Barcelona: Paidós.

CEAR (2017, 06 de noviembre), recuperado de: <http://www.masquecifras.org/#cifras-espana>

Convención sobre el estatuto de los refugiados, (2017, 20 de octubre) recuperado de: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/0005>

Eurostat (2017, 02 de noviembre), recuperado de:

<http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database>

Informe 2017 sobre situación de personas refugiadas en España y Europa (2017, 01 de noviembre), recuperado de: <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2017/06/Informe-Anual-CEAR-2017.pdf>

Vega Pascual, M.J. (1996). *Fases de la intervención social con refugiados. Secretaría de la sección legal del Alto Comisario de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)*.

RETOS ACTUALES DE LA RENTA BÁSICA DE INSERCIÓN

Dña. Josefa Saura Martínez

Trabajadora social, jefa del servicio de prestaciones económicas del IMAS.

RESUMEN

La Renta Básica de Inserción de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se establece como un doble derecho social, el derecho a una prestación económica con carácter de derecho subjetivo, subsidiario y complementario, y el derecho a disponer de los apoyos personalizados precisos para mejorar la participación social y/o la empleabilidad de las personas.

Entre los desafíos actuales del programa destacan la necesidad de establecer una intensidad protectora suficiente para garantizar la cobertura de las necesidades básicas de las personas más desfavorecidas, agilizar su tramitación administrativa; establecer adecuados protocolos de coordinación, con otros sistema de protección social y en especial con el sistema de empleo, o disponer de recursos suficientes para abordar actuaciones de promoción social y laboral que faciliten la inclusión social de las personas.

PALABRAS CLAVE: prestación económica, vulnerabilidad, pobreza, exclusión social e inserción social.

EL INGRESO MÍNIMO DE INSERCIÓN.

El Decreto 1/1991, de 10 de enero, por el que se aprueba el Plan Regional Social de la Región de Murcia, establece en su artículo cuarto, por primera vez, el Ingreso Mínimo de Inserción, una prestación económica condicionada, de carácter diferencial y complementario, destinada a las personas que carecieran de medios económicos suficientes para atender las necesidades básicas de la vida, tales como alimentación, vestido y habitación, con el fin último de posibilitar la salida de la situación de marginación en la que se encontraban y promover su inserción social y laboral.

Los programas de rentas mínimas se establecen como el último mecanismo en la red de protección social del estado de bienestar en la cobertura de necesidades básicas mediante transferencias económicas de pago periódico, generalmente condicionados a políticas inclusivas. En definitiva se trataba de establecer un sistema para atender la cobertura de las necesidades de subsistencia de las personas excluidas del sistema de producción en una sociedad avanzada y económicamente desarrollada.

Los programas de rentas mínimas de inserción se instauran en el Estado español fundamentalmente durante los años 80, al amparo de las competencias en materia de

asistencia social asumidas por las comunidades autónomas, resaltando por su heterogeneidad tanto en los requisitos de acceso como en su intensidad protectora.

La Orden de 14 de enero de 1991, de la Consejería de Bienestar Social, sobre ayudas económicas del Plan Regional de Inserción Social, desarrollada al amparo de dicho Decreto, avanzaba un paso más orientando el contenido que debía establecer el compromiso de inserción, actuaciones consensuadas orientadas a la consecución de la promoción personal o social, la participación en programas de ocupación, búsqueda de empleo, escolarización de los hijos menores de edad, educación, formación y reciclaje o cualificación profesionales, erradicación de la mendicidad y cualesquiera otras actuaciones dirigidas a posibilitar la salida de la situación de marginación en la que se encontraban las personas beneficiarias.

Un año más tarde, con el Decreto 39/92, de 30 de abril, por el que se establece el Plan Regional de Inserción y Protección Social, se supera el concepto de marginación, definiendo como objetivos del Ingreso Mínimo de Inserción la cobertura de necesidades básicas y la inserción social de las personas beneficiarias, incorporando las Ayudas para Programas de Inserción, como instrumento de capacitación personal, social y laboral, destinado a la contratación de personas beneficiarias de la prestación económica a través de entidades colaboradoras de carácter social ubicadas en la Región de Murcia.

Resumiendo la etapa de la prestación económica del Ingreso Mínimo de Inserción destacar su carácter residual y su escasa tasa de cobertura social, 132 concesiones en el ejercicio 2016 y un gasto ejecutado inferior a 500.000€, desde donde se atendía mayoritariamente a personas en situación o riesgo de exclusión social, de bajo o nulo nivel de empleabilidad consecuencia de patologías derivadas de hábitos y estilos de vida, derivándose los excedentes presupuestarios del proyecto de gasto hacia diversos programas de ayudas individualizadas de inserción y protección social de carácter no periódico, desde donde se complementaban los ingresos propios de las familias fundamentalmente alquiler y acondicionamiento de la vivienda, equipamiento doméstico y personal, o gastos excepcionales como los derivados de la salud bucodental. A propósito de las actuaciones en materia de inserción social y laboral cabe reconocer el escaso desarrollo que tuvieron los compromisos de inserción como instrumento de intervención social, relegado en la mayoría de los casos a un mero trámite administrativo, tal vez resultado de la falta de recursos sociales adecuados y la sobrecarga del sistema de atención primaria que sólo en ayudas del Plan Regional de Inclusión y Protección Social asumió la tramitación de 8.580 solicitudes.

LA LEY 3/2007, DE 16 DE MARZO, DE LA RENTA BÁSICA DE INSERCIÓN DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA.

La Ley 3/2007, de 16 de marzo, se publica en el Boletín Oficial de la Región de Murcia el 12 de abril de 2007, entrando en vigor a los tres meses de su publicación. Establece en su Disposición final primera el plazo de seis meses para que el Consejo de Gobierno elabore el decreto por el que se desarrolle reglamentariamente el texto normativo, incorpora en su Disposición transitoria tercera el mantenimiento de los importes y cuantías determinados en la Orden de 20 de octubre de 2006 de la Consejería de Trabajo y Política Social sobre actualización del importe de la prestación del Ingreso Mínimo de Inserción, y en su Disposición derogatoria la vigencia de la normativa que venía regulando el Ingreso Mínimo de Inserción, en cuanto no se opusiera a lo establecido en el nuevo texto legislativo, hasta su desarrollo reglamentario.

Entre las novedades de la Ley 3/2007, de 16 de marzo, caben destacar cuatro aspectos fundamentales:

1. La configuración de una prestación económica con carácter de derecho subjetivo, de titularidad exigible y por tanto no sometida a dotaciones presupuestarias, por importe no inferior al 75% del IPREM;
2. El derecho a disponer de los apoyos personalizados para mejorar la participación social y/o la empleabilidad de las personas.
3. La prórroga del percibo de la prestación económica hasta un total de 24 meses cuando el cese de la misma pudiera afectar negativamente al desarrollo del proyecto individual de inserción social.
4. El establecimiento de un conjunto de medidas para la inserción dirigidas a favorecer la promoción personal, social y laboral de las personas en situación o riesgo de exclusión social.

Resulta importante recordar que el proyecto de la Ley 3/2007, de 16 de marzo, se inicia en el año 2006, en un contexto de máxima expansión económica para la Región de Murcia que en dicho ejercicio alcanzaba un crecimiento del PIB del 4.1% ¹¹ dos décimas por encima de la media nacional. La gran demanda de mano de obra no cualificada en las ramas energéticas, agrícolas, industriales y de la construcción desembocó en altas tasas de empleo en nuestra Comunidad Autónoma, en el abandono formativo de numerosos jóvenes y en el endeudamiento de las familias, confiados en elevadas retribuciones salariales y en la estabilidad laboral.

La nueva recesión económica modificó significativamente el escenario de la pobreza y la exclusión social en la Región de Murcia tanto por su extensión como por su heterogeneidad, alcanzándose una tasa de paro de 15.53% durante el ejercicio 2008. El sistema de protección social, por su escasa intensidad, carecía de capacidad para dar respuesta a los nuevos usuarios de los servicios sociales, hogares normalizados en situación de vulnerabilidad social como consecuencia de la devastadora destrucción de empleo provocada por la crisis económica, familias que habían

¹¹ INE. Contabilidad Regional de España. Base 2000 (cre-2000). 2006

perdido su capacidad adquisitiva de forma inesperada, y que junto a las amenazas psicológicas provocadas por la pérdida de estatus económico y social se enfrentaban a la pobreza monetaria.

En dicho escenario las exigencias de las políticas de reajuste presupuestario impidieron el desarrollo de nuevos programas de cohesión social, más ajustados a la nueva realidad socioeconómica, complementándose las prestaciones económicas públicas desde la iniciativa privada mediante el establecimiento de recursos asistenciales de cobertura de necesidades básicas.

Por último destacar la importante función protectora de las redes sociales en los primeros años de la crisis económica, fundamentalmente la solidaridad familiar, tanto a nivel económico como emocional.

A partir del ejercicio 2008 se incrementa la demanda de la prestación económica de la Renta Básica de Inserción de manera significativa tal y como se manifiesta en el siguiente cuadro de evolución:

CUADRO 1. Evolución de la demanda de la prestación económica de la Renta Básica de Inserción			
EJERCICIO	Nº SOLICITUDES	Nº CONCESIONES	IMPORTE EJECUTADO
2007	331	178	602.726 €
2008	671	285	834.559 €
2009	1575	643	1.537.046 €
2010	2060	902	2.747.921 €
2011	3086	1297	3.948.973 €
2012	3533	1598	3.971.665 €
2013	4784	2370	6.000.000 €
2014	4397	2224	7.167.732 €
2015	3074	2069	10.625.000 €
2016	3790	2829	14.000.000 €
2017 1	3461	2102	13.954.965 €

Fuente: elaboración propia según datos obtenidos del Programa de Gestión de Expedientes de Prestaciones y Ayudas Sociales (GPAS)

¹ A fecha 31/10/2017

La demora en el desarrollo reglamentario de la Ley mantuvo una escasa capacidad de respuesta ante las consecuencias derivadas de la devastadora crisis económica, enfatizándose la intensidad protectora de la acción social regional hasta el ejercicio

2010 en el conjunto de las ayudas no periódicas de inserción y protección social, desde donde se complementaban los subsidios procedentes del sistema de empleo, ayudas que durante el ejercicio 2008 alcanzaron una dotación presupuestaria de 9.957.331€ , frente a 834.559€ ejecutados en la prestación económica de la Renta Básica de Inserción

PERFIL DEL PERCEPTOR ACTUAL DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE LA RENTA BÁSICA DE INSERCIÓN.

Una aproximación cuantitativa del universo de perceptores de la renta Básica de Inserción del ejercicio 2016, 5680 hogares, nos muestra que el perfil mayoritario se corresponde con el de una mujer de nacionalidad española, de edad comprendida entre 25 y 44 años , con estudios primarios, integradas en familias monoparentales que reside en una vivienda unifamiliar alquilada.

Un análisis desagregado, en función de sus características, del conjunto de perceptores son muestra el siguiente análisis:

CUADRO 2. GRUPOS DE POBLACIÓN, NACIONALIDAD Y PERFIL DE RIESGO							
NACIONALIDAD		PERFIL DE RIESGO					
ESPAÑOLA	EXTRANJERA	FAMILIAS MONOPARENTALES	VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	EXCLUSION SOCIAL SEVERA	POBLACIÓN GITANA	PERSONAS QUE HAN AGOTADO SUBSIDIO POR DESEMPLEO	
4.677	1.003	1.689	501	1.319	774	927	

Fuente: elaboración propia según datos obtenidos del Programa de Gestión de Expedientes de Prestaciones y Ayudas Sociales (GPAS)

Se observa la continuidad del perceptor tipo en la demanda, un titular predominantemente español, donde las personas extranjeras se sitúan en un 17.6%, constituyente de una familia monoparental, que una vez más encabezan las estadísticas de riesgo de pobreza situándose en un 29.7% del total, las mujeres víctimas de violencia de género, en un 8.8%, el 23.2% de los titulares presentaban una situación de exclusión social severa y el 13.6% pertenecían a la población gitana.

CUADRO 3. EDAD DE LOS TITULARES					
< 25 AÑOS	25 – 34 AÑOS	35 – 44 AÑOS	45 – 54 AÑOS	>55 AÑOS	BENEFICIARIOS < 18 AÑOS
548	1.267	1.728	1.388	749	6044

Fuente: elaboración propia según datos obtenidos del Programa de Gestión de Expedientes de Prestaciones y Ayudas Sociales (GPAS)

La valoración de la variable de edad muestra especialmente la recurrente feminización de la pobreza. El grupo mayoritario de perceptores se sitúa entre 35 y 44 años, alcanzando un 30.4%, fundamentalmente mujeres desempleadas con cargas familiares, seguido por las personas de edad comprendida entre 45-54, en un 24.4%, donde apenas hay incidencia de sexo. El 22.3% de los titulares tenían entre 25 y 34 años, integrado también en su mayoría por mujeres, al igual que sucede en el tramo de perceptores menores de 25 años, con menores a cargo, que un total del 9.6% del conjunto. Por último el grupo de personas mayores de 55 años, representa un 13.1% de los titulares del ejercicio, posiblemente consecuencia de los efectos de una mayor protección contributiva.

CUADRO 4. NIVEL DE ESTUDIOS					
SIN ESTUDIOS	E. PRIMARIOS	ESO/GARANTÍA SOCIAL	BACHILLER/ F.P. GRADO MEDIO	UNIVERSITARIO/ FP GRADO SUPERIOR	SIN ESPECIFICAR
1.873	2.838	245	537	187	494

Fuente: elaboración propia según datos obtenidos del Programa de Gestión de Expedientes de Prestaciones y Ayudas Sociales (GPAS)

En relación al nivel de estudios se vuelve a constatar que las personas sin estudios son las más azotadas por las situaciones de pobreza y exclusión social, suponiendo el 32.9% los perceptores sin estudios. El 49.9% de los perceptores habían cursado estudios primarios y el 4.3% Garantía Social o ESO, descendiendo drásticamente al 9.4% los perceptores con estudios de bachiller o FP grado Medio y al 3.2% los perceptores con estudios universitarios.

CUADRO 5. TIPOS DE UNIDAD DE CONVIVENCIA DE PAREJA				
UNIPERSONAL	MONOPARENTAL	BIPARENTAL	PAREJA SIN HIJOS	OTROS
1.879	1.689	1.893	219	36

Fuente: elaboración propia según datos obtenidos del Programa de Gestión de Expedientes de Prestaciones y Ayudas Sociales (GPAS)

En la valoración de los tipos de unidad de convivencia destacar que las parejas sin hijos son las menos afectadas por la situación de pobreza monetaria, representando el 3.8% del conjunto de las familias perceptoras.

CUADRO 6. TIPO DE ALOJAMIENTO					
VIVIENDA FAMILIAR	VIVIENDA COLECTIVA	PENSION	INFRAVIVIENDA	SIN VIVIENDA	OTROS
3.343	43	16	130	75	2073

Fuente: elaboración propia según datos obtenidos del Programa de Gestión de Expedientes de Prestaciones y Ayudas Sociales (GPAS)

Respecto al tipo de alojamiento se observa mayoritariamente la disposición de viviendas unifamiliares, alcanzando un 58.8% del conjunto de situaciones, seguido de las viviendas compartidas en un 36.4%, presentando escaso peso la exclusión residencial que se sitúa en el 4.6%.

CUADRO 7. RÉGIMEN DE TENENCIA						
VIVIENDA PROPIA PAGADA	VIVIENDA PROPIA PAGANDO	VIVIENDA ALQUILADA	VIVIENDA REALQUILADA/ COMPARTIDA	VIVIENDA CEDIDA	SIN VIVIENDA	OTROS
471	525	1.390	234	955	75	230

Fuente: elaboración propia según datos obtenidos del Programa de Gestión de Expedientes de Prestaciones y Ayudas Sociales (GPAS)

Por último se observa que el régimen mayoritario de tenencia de la vivienda de los perceptores residía en viviendas alquiladas, suponiendo un 24.4% del total, seguido en importancia por las viviendas en propiedad, pagadas o en periodo de amortización, con un porcentaje del 17.5%, o el de viviendas cedidas que supone el

16.7% del total valorado. Añadir así mismo que un 4% de los titulares habitaba una vivienda pendiente de desahucio o lanzamiento hipotecario.

RETOS ACTUALES DE LA RENTA BÁSICA DE INSERCIÓN.

Hablar de futuro en los programas de rentas mínimas resulta desconcertante si consideramos que la Iniciativa Legislativa Popular a propósito de una transferencia económica a nivel estatal que garantice unos mínimos vitales a las personas más desfavorecidas de nuestra sociedad,, admitida a trámite meses atrás, podría modificar sustancialmente los procedimientos de cobertura de necesidades básicas, y por tanto las funciones de los servicios sociales competentes en la, gestión de dichos programas, situación que sin duda liberaría la carga burocrática de la tramitación, permitiendo recuperar el espacio de la intervención social . No obstante, y dado que la satisfacción de las necesidades de la población en situación de vulnerabilidad o exclusión social, exige respuestas cada día más ágiles y de mayor calidad, reflexionaremos acerca de cómo mejorar la gestión en nuestra Comunidad Autónoma.

-En primer lugar, dado el escenario socioeconómico actual y la incapacidad de retorno del mercado laboral a los niveles de empleo anteriores a la crisis económica, resulta imprescindible garantizar la cobertura de las necesidades básicas mediante programas continuados de prestaciones económicas suficientes, que den respuesta a las distintas situaciones de los hogares.

-En segundo lugar resulta urgente encontrar respuestas más ágiles a la tramitación de la demanda, reduciendo burocracia al amparo de lo establecido en la Ley 39/2015, del Procedimiento Administrativo Común de la Administraciones Públicas, mediante el desarrollo de una plataforma de interoperabilidad que facilite información adecuada para verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos normativamente.

-Inaplazable resulta también dotar de personal técnico suficiente tanto a los servicios sociales de atención primaria como a la unidad competente de la gestión en el IMAS para dar respuestas ágiles y de calidad, una intervención establecida desde la metodología de la relación de ayuda.

-Otra asignatura pendiente que sin duda contribuirá significativamente al desarrollo de la Renta Básica de Inserción será la puesta en marcha de las comisiones de seguimiento y coordinación, órganos de asesoramiento y coordinación administrativa que facilitarán la transversalidad de las actuaciones que requiere la dimensión multifactorial de la pobreza y la exclusión social.

-De la coordinación profesional se percibe la necesidad de abordar el diseño de un mapa regional de recursos sociales, así como de otros instrumentos que faciliten la recogida de información y el diagnóstico para una adecuada intervención.

-Reconocer el derecho de las personas a recibir los apoyos precisos para su inserción social o sociolaboral, elaborando proyectos de intervención desde la autodeterminación y la singularidad de las personas.-

-Y por último visibilizar la situación de carencia económica y exclusión social en que se encuentra parte de nuestra sociedad, condenada a una situación de desempleo forzoso y en ocasiones incluso criminalizada, situación en la que el Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia viene demostrando una excelente competencia.í

Y para concluir, una reflexión....”Mucha gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo”(Eduardo Galeano).

9.1.5. TRABAJO SOCIAL EN EDUCACIÓN, INFANCIA Y FAMILIA.

MENORES TUTELADOS POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA.

¿QUÉ ES EL ACOGIMIENTO FAMILIAR TEMPORAL (ACOFAMT)?



Tel. 968 200 400
acofamt@utelagunduzfsyc.org

Dña. Pilar Abellán Botía.
Trabajadora social de ACOFAMT
Dña. Antonia Sánchez Villaseñor.
Psicóloga de ACOFAMT

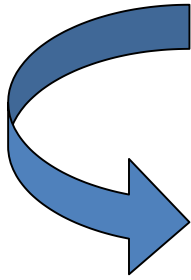


Región de Murcia
Consejería de Familia
e Igualdad de Oportunidades
Dirección General de Familia
y Políticas Sociales

El Programa ACOFAMT es un recurso alternativo para todos/as aquellos/as menores de entre 6 18 años, y en el caso de hermanos de edad inferior podrán permanecer juntos si el menor de ellos tiene hasta 4 años, en situación de desprotección en su núcleo familiar y que necesitan una alternativa para que sus necesidades básicas y de desarrollo (biológicas, afectivas, sociales, psicológicas y educativas) sean cubiertas.

Una familia ajena al menor, semiprofesionalizada, le acogerá de manera temporal (no más de 18 meses), proporcionándole ese contexto familiar de protección y atención, hasta que la reunificación con su familia de origen sea posible o, en su caso, la transición para el acogimiento u adopción con familia ajena.

¿A QUIÉN NOS DIRIGIMOS?



Niños, Niñas y Grupos de hermanos (máx. 3) Entre 6 y 18 años

Discapacidad Leve

Problemas de conducta abordables desde el ámbito familiar

PÉRFIL DE LAS FAMILIAS ACOGEDORAS

- Familias bi-parentales o monoparentales.
- Edades entre 25 y 60 años.
- Soliciten voluntariamente su participación en el programa.
- Con hijos o sin hijos biológicos/adoptados.

REQUISITOS PARA PARTICIPAR EN EL ACOGIMIENTO FAMILIAR TEMPORAL

No presentarán discapacidad y/o enfermedad.

- Todos los miembros de la unidad familiar deben manifestar su conformidad de participación.
- Flexibilidad horaria.
- Deben contar con apoyo familiar.
- Habitación propia en el domicilio.
- Asistencia obligada a las sesiones formativas por parte de las familias de acogida.
- Amplia disposición para acoger al/la menor en cualquier momento.
- Las familias de acogida deben estar dispuestas a colaborar con el Equipo Técnico en todas las fases del acogimiento.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

- En el momento de ingreso del menor/es se seleccionará la familia con características más adecuadas en relación al menor/es.
- Se emitirá una resolución administrativa por parte de la Dirección General de Familia y Políticas Sociales delegando la guarda del menor/es en la familia seleccionada desde el programa.
- La duración del acogimiento temporal será de 18 meses.

- Las familias seleccionadas pasarán a formar parte del grupo de “Familias Acogedoras Temporales”.
- La participación de las familias acogedoras será retribuida económicamente.

¿QUÉ APOYOS RECIBEN LAS FAMILIAS ACOGEDORAS?

- Formación.
- Orientación ante la aparición de posibles dificultades.
- Seguimiento continuo durante la estancia del menor en la familia.
- Atención urgencias 24 horas.
- Apoyo social y emocional.
- Remuneración económica para los gastos derivados de la estancia de los menores acogidos (regulada por la Orden del 20 de julio del 2009 por la que se regulan las compensaciones económicas por acogimientos remunerados de menores).

SOLICITUD PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

Necesario rellenar solicitud publicada en web y presentarla en el Registro.

- Documentación a aportar:
- Fotocopia del DNI de cada solicitante.
- Fotocopia del libro de familia.
- Volante de empadronamiento familiar.
- Documento acreditativo de situación laboral de cada solicitante:
- contratos de trabajo, última nómina o vida laboral.
- En caso de situación de desempleo: tarjeta de desempleo
- Documentación acreditativa del nivel de estudios (Bachillerato)
- Autorización para la solicitud del certificado de antecedentes penales de cada solicitante
- Certificado por delitos de naturaleza sexual.
- En caso de padecer minusvalía, aportar la correspondiente Certificación.
- Foto tamaño carné de cada solicitante.

Formación de las familias:

- **6 sesiones formativas** (sesiones semanales).

- Proporcionando **información, recursos y pautas necesarias** para hacer frente de manera adecuada a las diferentes fases del acogimiento.
- **Asistencia obligatoria** a las seis sesiones de los/as solicitantes.

VALORACIÓN

- **Valoración** de las familias que van a participar en el programa: fases de entrevistas psicológica, social y educativa.
- Declaración de Adecuación o No adecuación de las familias al programa. Entrevista Devolución.
- CREACIÓN DE LA BOLSA DE FAMILIAS.
- **Elección de la familia acogedora** en función de las necesidades del niño/a.
“Una familia para un/a niño/a y no un niño/a para una familia”
- **Presentación del perfil del menor /es a la familia seleccionada.**
- (entrevista en la sede o, en caso de urgencia, entrevista telefónica)
- **Formalización** del acogimiento (ADMINISTRACIÓN)
- **Seguimiento**, apoyo psicológico, visitas domiciliarias, encuentros del menor/es con familia de origen, etc
- Preparación para la **despedida**.
- Finalización del acogimiento.
- Evaluación del acogimiento.
- <https://www.fsync.org/>
- <http://www.carm.es>

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

DESPROTECCIÓN INFANTIL: INVESTIGACIÓN EN LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL DE “EL CARMEN” EN EL AÑO 2015

Dña. Susana M^a Hernández Sánchez

Trabajadora Social del Ayuntamiento de Murcia y supervisora de prácticas.

Resumen

Esta investigación se centra en las diversas variables relacionadas con las situaciones de desprotección infantil en el territorio concreto de una unidad de trabajo social del Ayuntamiento de Murcia, en un periodo concreto, el año 2015.

El Municipio de Murcia, en el año 2015, tiene una población de derecho de 439.878 habitantes, de los cuales 91.141 son menores de 18 años lo que supone un 20,7 % de la población. La Unidad de Trabajo Social “El Carmen” pertenece al Centro Municipal de Servicios Sociales “Ciudad de Murcia”, la cual tiene una población de 25.692 habitantes, de los que 4.319 son menores de edad, lo que supone un 16,8 % de la población.

Para realizar esta investigación se aborda el marco normativo, teórico e institucional que afectan al tema de estudio y se realiza una explotación cuantitativa de los datos recogidos por los profesionales en las entrevistas, visitas domiciliarias, coordinación con diferentes recursos y análisis documental de las unidades familiares en las que había menores que mostraron indicadores de desprotección y sobre los que se intervino desde la unidad de trabajo social “El Carmen” en el año 2015.

La investigación se centra en los menores de aquellas unidades familiares sobre los que se intervino por presentar indicadores de desprotección infantil, se realiza un acercamiento a sus características socio demográficas, las de sus unidades familiares, la situación de los progenitores, la existencia de correlación entre situaciones de desprotección infantil, graves dificultades personales en los progenitores y antecedentes de desprotección así como los indicadores de desprotección más valorados.

Palabras clave: Desprotección infantil, unidad de trabajo social, menores, intervención, unidades familiares, graves dificultades en los progenitores.

La investigación que se presenta persigue realizar una aproximación a la desprotección infantil y a las diversas variables relacionadas., desde el ámbito de los servicios sociales de atención primaria.

Desde mi puesto de trabajo actual en el Centro Municipal de Servicios Sociales “Ciudad de Murcia” en la Unidad de Trabajo Social “El Carmen” realizo esta aproximación teniendo como universo de estudio a aquellos menores miembros de unidades familiares del ámbito de actuación de esta Unidad de Trabajo Social en los que durante el año 2015 se dieron indicios de situaciones de desprotección infantil que motivaron que el equipo compuesto por una educadora social, un trabajador social y una trabajadora social intervinieran realizando una investigación, valoración e intervención de las diferentes situaciones.

Esta investigación pretende dar respuesta a las siguientes preguntas:

¿ Se dan las situaciones de desprotección infantil con mayor frecuencia en unidades familiares compuestas por mujeres con cargas familiares no compartidas, inmigrantes y con más de un menor a cargo?.

¿ Las situaciones de desprotección infantil están relacionadas con situaciones de empleo precario de los adultos de la unidad familiar?.

¿ Las situaciones de desprotección infantil están relacionadas con graves dificultades personales en los progenitores y con antecedentes de desprotección?.

¿ Son diferentes los indicadores de desprotección que afectan a los menores dependiendo de la edad de los mismos?.

Para realizar esta investigación se aborda el marco normativo, el marco teórico y el marco institucional que afectan al tema de estudio y se realiza una explotación cuantitativa de los datos recogidos por los profesionales en las entrevistas, visitas domiciliarias, coordinación con diferentes recursos y análisis documental de las unidades familiares en las que había menores que mostraron indicadores de desprotección y sobre los que se intervino desde la unidad de trabajo social “El Carmen” en el año 2015.

Centro Municipal de Servicios Sociales “Ciudad de Murcia”.

El Centro Municipal de Servicios Sociales “Ciudad de Murcia” atiende los barrios del centro de la ciudad y las pedanías de La Arboleja, La Albatálía y Rincón de Seca. Divide su territorio en 7 unidades de trabajo social.

Unidad de Trabajo Social de “EL CARMEN”.

La unidad de trabajo social “El Carmen” se atienden a personas que viven en el barrio del Carmen, en el barrio de Buenos Aires, en el barrio de “Nuestra Señora de

la Fuensanta” y en la pedanía de Rincón de Seca, distribuyéndose la población como sigue:

Tabla 1 *Distribución población Unidad Trabajo Social “El Carmen”*

POBLACIÓN BARRIO/PEDANIA	TOTAL POBLACIÓN	MENORES 0/17	% POBL.MENOR CENTRO	EXTRANJEROS	% POBL.EXT .CENTRO
El Carmen	20.227	3.351	9,97	3.893	17,91
Buenos Aires	2.787	507	1,51	737	3,39
Nuestra Fuensanta	S ^a 395	50	0,15	25	0,12
Rincón de Seca	2.283	411	1,22	162	0,75
TOTAL	25.692	4.319	12,85	4.817	22,16

Fuente: Ayuntamiento de Murcia

El barrio del Carmen es tradicional dentro de la ciudad de Murcia, en un pasado era referencia de comercio y servicios. Con el paso de los años, el envejecimiento de su población y de sus edificios, el precio de los alquileres disminuyó, los comercios tradicionales fueron cerrando y las viviendas fueron ocupadas por familias con escasos ingresos económicos y empleos precarios. En este barrio hay mucha población extranjera, tanto comunitaria como extra comunitaria, de hecho la población extranjera supone el 22.16 % de la población total de la unidad de trabajo social, mientras que la población mayor de 65 años supone el 13.84 % (Fuente: Ayuntamiento de Murcia).

Proceso para la detección, valoración e intervención en situaciones de desprotección infantil en el Ayuntamiento de Murcia.

Los Servicios Sociales de Atención Primaria actuarán ante un caso en el que se pueda estar dando desprotección con las siguientes tareas:

- Recepción de todas las notificaciones en un registro único, provenientes de particulares, profesionales o servicios sociales competentes en la materia, así como la derivación al Servicio Especializado correspondiente de aquellas hojas de notificaciones que nos lleguen de otros Servicios (educación, sanidad, policía...).
- Realización de la investigación y valoración de dichas notificaciones.

- Elaboración del correspondiente informe-propuesta para los Servicios Sociales Especializados, si se considera preciso adoptar una medida de protección. Si la valoración inicial es de situación de riesgo moderado con tendencia a grave o de riesgo grave (Servicio de Familia), si se trata de un posible desamparo (Servicio de Protección de Menores).
- Colaboración en la investigación y valoración de los casos, así como provisión de información sobre menores en situación de desprotección, su entorno familiar y social y comunitario, cuando sea solicitado por el Servicio Especializado competente.
- Elaboración de un Proyecto de Apoyo Familiar (PAF), si procede, una vez finalizada la valoración.

Los Servicios Sociales de Atención Primaria tienen la obligación de atender todas las demandas y notificaciones o comunicaciones que les sean realizadas sobre menores en situación de posible desprotección.

En los Centros Municipales de Servicios Sociales también hay que prestar atención a aquellos casos en que la situación notificada no hace referencia directamente a una situación de desprotección, sino a otros problemas personales o relacionales en el menor o en la familia que pudieran estar asociados a una situación de desprotección aún no detectada, como pueden ser:

- Notificaciones y/o demandas de menores con problemas significativos de adaptación familiar, personal, escolar o social.
- Familias con una o varias características de riesgo.

Las demandas y/o notificaciones pueden llegar a los Equipos de Zona por dos vías:

1. Interna:

- Desde los Centros Municipales de Servicios Sociales.
- Por derivación de otros departamentos de los Servicios Sociales Municipales, especialmente el Servicio de Emergencia Móvil y Acción Social (SEMAS).

2. Externa:

- A través de la atención directa al ciudadano, fundamentalmente por el Sistema de Cita Previa, aunque no de forma exclusiva.

- Por comunicación telefónica y/o por escrito de los Servicios Sociales Especializados de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- A través de otros Ayuntamientos a nivel regional y/o nacional.
- Mediante la comunicación telefónica, o de otra forma, de las diferentes instituciones relacionadas con el menor (sistema sanitario, sistema educativo, asociaciones, fuerzas de seguridad del estado, etc.).
- Informantes claves, como vecinos, voluntarios y otros.

En la fase de investigación y diagnóstico se hace una recogida de información en profundidad, sobre la historia y situación actual del menor y su familia. Esta información servirá para verificar, la existencia o no, de una situación de desprotección y poder valorar su gravedad y la necesidad de adoptar medidas de protección. Para ello, se utilizarán distintas técnicas como las entrevistas, visitas domiciliarias, acceso a informantes clave de la zona, a profesionales de otros ámbitos, etc.

Se realiza la aplicación del “Instrumento para la valoración de gravedad de las situaciones de desprotección infantil”.

Las conclusiones de esta fase del proceso de intervención pueden ser varias:

1. Se verifica situación de desprotección grave o muy grave y se considera necesario proponer una medida de protección de urgencia. Se pondrá el caso en conocimiento del Servicio de Protección de Menores para la puesta en marcha de las actuaciones que sean necesarias.
2. Se verifica situación de desprotección grave o muy grave (riesgo grave o posible desamparo o guarda), aunque no se considera necesario proponer una medida de protección de urgencia. Los Servicios Sociales de Atención Primaria continuarán con la fase de evaluación para, una vez concluida, derivar el caso al Servicio de Familia o de Protección de Menores según corresponda.
3. Se verifica situación de riesgo moderado. La unidad de trabajo social derivará el caso al Equipo de Desprotección Infantil del Centro que intervendrá con la unidad familiar.
4. Se verifica situación de riesgo leve. Los Servicios Sociales de Atención Primaria diseñarán y llevarán a cabo un plan de intervención con el menor y su familia dirigido a corregir las dificultades observadas y prevenir la aparición futura de una situación de desprotección.

5. No se confirma la existencia de desprotección pero persisten las sospechas.

Los Servicios Sociales de Atención Primaria planificarán conjuntamente con otros servicios en contacto con el menor y la familia un seguimiento cercano del caso. Si tras ese período no se ha confirmado la situación de desprotección, se procederá a la reclasificación del caso en una de las dos categorías siguientes.

6. No se confirma la existencia de riesgo leve ni desprotección, aunque el menor y/o la familia tienen otro tipo de dificultades que requieren otro tipo de recursos o ayudas dependientes de los Servicios Sociales de Atención Primaria.

7. No se confirma la existencia de riesgo leve ni desprotección.

El menor y/o la familia no tienen necesidades específicas que requieran la intervención de los Servicios Sociales de Atención Primaria.

Diseño de Investigación.

Hipótesis.

- Las situaciones de desprotección infantil se dan con mayor frecuencia en unidades familiares compuestas por mujeres con cargas familiares no compartidas, inmigrantes y con más de un menor a cargo.
- Las situaciones de desprotección infantil están relacionadas con empleo precario de los adultos de la unidad familiar.
- Las situaciones de desprotección infantil están relacionadas con graves dificultades personales en los progenitores y con antecedentes de desprotección.
- Las causas de desprotección que afectan a los menores varían dependiendo de la edad de los mismos.

Objetivos.

- Analizar las unidades de convivencia de los menores objeto de estudio.
- Caracterizar socio demográficamente a los menores de las unidades de convivencia.
- Analizar las situaciones de empleo de los progenitores de los menores objeto de estudio.

- Determinar la incidencia de graves dificultades en los padres o guardadores de los menores y los antecedentes de desprotección con las determinaciones de situaciones de desprotección de moderada a muy grave.
- Determinar los indicadores de desprotección infantil más comunes en el universo de estudio.
- Describir si se producen variaciones en los indicadores de desprotección determinados en los menores de 0 a 9 años y de 10 a 17 años.

Procedimiento, técnicas e instrumentos de recogida de datos y unidades de análisis.

Los casos han llegado a la unidad de trabajo social a través de la coordinación con centros escolares, centros sanitarios, partes de Policía Local, coordinación con Asociaciones, intervenciones del Servicio de Emergencia y Atención Social (SEMAS), información de vecinos o familiares e intervención desde los profesionales de la unidad de trabajo social.

Se ha procedido a analizar los datos de los expedientes de las unidades familiares con indicios de desprotección infantil en la unidad de trabajo social de “El Carmen” en el año 2015. En el año 2015 se han atendido a 38 unidades familiares en las que se han apreciado diferentes indicadores de desprotección, suponiendo un total de 65 menores.

Se ha implementado el “Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil” a los menores de las familias sobre las que se intervino, por lo tanto el universo de estudio son los menores pertenecientes a familias donde se han apreciado indicios de situaciones de desprotección en la unidad de trabajo social del Carmen en el año 2015.

Se ha realizado una plantilla con el programa IBM SPSS 22 para sistematizar y proceder a la explotación de los datos. IBM SPSS 22 es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias exactas, sociales y aplicadas, además de las empresas de investigación de mercado. Es uno de los programas estadísticos más conocidos teniendo en cuenta su capacidad para trabajar con grandes bases de datos.

Dimensiones y variables de estudio.

Se realiza recogida de datos atendiendo a las siguientes dimensiones:

- Perfil socio demográfico

Las variables de estudio son:

- Género del menor.
 - Edad.
 - La existencia de más hermanos en la unidad familiar.
 - Nacionalidad.
 - Unidad de convivencia.
 - Actividad laboral de los adultos.
 - Vivienda.
- Situaciones de desprotección relacionadas con la acción de los progenitores.

Las variables de estudio son:

- Maltrato físico.
 - Agresión física.
 - Administración de drogas, alcohol o fármacos.
 - Privación deliberada de comida o agua.
 - Confinamiento o restricción física.
 - Síndrome de Munchausen.
 - Maltrato emocional.
 - Inducción a la delincuencia.
 - Modelo de vida inadecuado.
 - Abuso sexual.
 - Explotación sexual.
 - Maltrato prenatal.
 - Explotación laboral.
 - Incapacidad de control de la conducta del menor.
 - Abandono.
 - Renuncia.
 - Mendicidad.
- Situaciones de desprotección relacionadas con la omisión de los progenitores.

Las variables de estudio son:

- Negligencia física.
- Negligencia hacia necesidades físicas.
- Alimentación.
- Cuidado de la salud física.
- Vestido.
- Higiene personal.
- Condiciones higiénicas de la vivienda.
- Estabilidad y habitabilidad de la vivienda.
- Negligencia hacia necesidades de seguridad.

- Supervisión y prevención de riesgos.
 - Protección ante maltrato perpetrado por terceras personas.
 - Negligencia hacia necesidades cognitivas.
 - Negligencia emocional.
 - Interacción y afecto.
 - Atención específica a problemas emocionales.
 - Normas, límites y valores positivos.
- Situaciones específicas que constituyen riesgo grave, desamparo o pueden requerir la asunción de la guarda.

Las variables de estudio son:

- Antecedentes de desprotección grave perpetrada por los padres, tutores o guardadores.
 - Graves dificultades personales en los padres, tutores o guardadores.
 - No inscripción en el Registro Civil.
- Información relevante para considerar el nivel de gravedad relacionada con los progenitores.

Las variables de estudio son:

- Conciencia del problema.
 - Motivación al cambio.
 - Colaboración con los profesionales.
- Actuación a seguir con el menor.

Las variables de estudio en las que se valora una son:

- Derivación a “Equipo de Desprotección Infantil” perteneciente a Centro Municipal de Servicios Sociales “Ciudad de Murcia”.
- Derivación a “Servicio de Familia” perteneciente a Servicios Sociales especializados de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Derivación a “Servicio de Protección de Menores” ” perteneciente a Servicios Sociales especializados de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- “Otras situaciones”, en aquellos casos en los que se continua trabajando con el caso en la unidad de trabajo social.

CONCLUSIONES

- En relación con la hipótesis de que las situaciones de desprotección se dan con mayor frecuencia en unidades familiares compuestas por mujeres con cargas familiares no compartidas, inmigrantes y con más de un menor a cargo con los datos estudiados se puede concluir que si bien las situaciones de desprotección se dan de forma mayoritaria en menores que conviven con padres y hermanos (un 52,2%), un porcentaje muy alto (30,8%) conviven solo con su madre. La mayoría de los menores son de origen inmigrante (64,7%) y de forma mayoritaria tienen más hermanos (75,4%).
- En relación con la hipótesis de que las situaciones de desprotección infantil analizadas están relacionadas con empleo precario de los adultos de la unidad familiar, a la vista de los datos parece confirmarse, puesto que un 58,5 % de los adultos tiene empleo inestable poco cualificado, un 16,9 % son desempleados de larga duración y un 20 % se dedican a actividades marginales.
- En relación con la hipótesis de que las situaciones de desprotección tienen como causa variables socioeconómicas sobre otras, a la vista de los datos analizados parece confirmarse puesto que en las variables estudiadas se realiza un perfil socioeconómico del menor que mayoritariamente es de origen inmigrante, cuyos adultos se encuentran en situación de empleo precario y además de todas las variables estudiadas donde se daba un porcentaje más alto de valoración de situación de desprotección era “estabilidad y habitabilidad de la vivienda” que está relacionado directamente con la precariedad económica.

Se realiza tabla cruzada entre las variables graves dificultades de los padres y valoración global del caso y antecedentes de desprotección y valoración global para responder a la hipótesis:

- Las situaciones de desprotección infantil están relacionadas con graves dificultades en los progenitores y con antecedentes de desprotección.

De la explotación de los datos se aprecia que en 9 de los sujetos de la muestra se produce una correlación entre graves dificultades en los padres y valoración de desprotección. No obstante lo más destacable es la sospecha en 31 sujetos de la existencia de estas graves dificultades en los padres.

De la explotación de los datos se aprecia que en 11 sujetos existe correlación entre antecedentes graves de desprotección y valoración de situación de desprotección y que en 37 sujetos no existe, habiéndose determinado sospecha en 9 sujetos.

BIBLIOGRAFÍA

- **Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia** (2009). *“Atención al maltrato infantil desde el ámbito de Servicios Sociales de Atención Primaria”*.
- **Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia** (2011). *“Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil”*.
- **Moreno Manso, Juan Manuel** (2004). *“Maltrato Infantil: Características familiares asociadas a situaciones de desprotección al menor”*. *Revista Phychosocial Intervention*,13, pag. 99-116.
- **Organización de las Naciones Unidas** (2013). Observación general nº 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial. (art 3, párrafo 1). CRC, 29 de mayo 2013.
- **Parlamento Europeo** (1992). Resolución A3-0172/92, de 8 de julio de 1992, del Parlamento Europeo, sobre una Carta Europea de los derechos del niño.
- **Pastor Seller, E., Sanchez Millan, M.** (2014). Analysis and Impact of the Economic Crisis and Regulatory Changes in the Needs and Benefits System Municipal Social Services: Analysis Case of Murcia-Spain. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, 47, pag. 7-31.
- **Picornel Lucas, Antonia** (2011). *“La infancia en desamparo”*. España. Editorial “Nau LLibres”.

VIOLENCIA FAMILIAR: DIFERENTES PERSPECTIVAS

D. José Morales Soriano

Trabajador social responsable del SEMAS (Servicio de Emergencia Móvil y Atención Social) y supervisor de prácticas de los alumnos de la Facultad de Trabajo Social de las Universidades de Murcia y Alicante.

Dña. Carmen M.^a Gómez Navarro

Trabajadora social, profesora asociada del departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.

RESUMEN

Esta comunicación pretende, en su conjunto, plantear una reflexión desde la teoría y la práctica del Trabajo Social en torno a la cuestión de la violencia en el ámbito de la familia.

En primer lugar, se expondrán las definiciones, y conceptos jurídicos, que puedan ayudar a una mayor comprensión del fenómeno de análisis.

Se realizará una revisión de la normativa española existente al respecto, de los recursos públicos destinados a atender a esta cuestión, así como de la praxis profesional ante esta problemática social.

Esta reflexión se hará siempre con la mirada puesta en los principios recogidos por el Código Deontológico profesional del Trabajo Social.

Para realizar esta intervención se hará uso de una metodología cualitativa, concretamente de una revisión documental de las fuentes bibliográficas primarias y secundarias.

Como fruto de nuestro trabajo y reflexión profesional así como de la investigación realizada sobre esta problemática, llegamos a unas conclusiones en base a las cuales plantearemos qué retos son, a nuestro juicio, los que se le plantean a la profesión para una mejora de la praxis.

Se concluye con unas propuestas de mejora por parte de los autores.

PALABRAS CLAVE

Trabajo Social, Conflicto, Familia, Violencia, Derechos Humanos, Deontología, Ética, Igualdad.

INTRODUCCIÓN

La voluntad de la presente comunicación coincide con la finalidad y objetivos de las II Jornadas de Trabajo Social de la Región de Murcia en cuanto que queremos compartir experiencias y reflexiones sobre la profesión y el papel que jugamos, y realizar propuestas de mejora de la praxis y de la profesión del trabajador social. Aunque parezca que está de más decirlo nuestra posición es rotunda en la defensa de la igualdad y en contra de toda violencia.

Nuestras reflexiones, desde la experiencia, la praxis y la investigación, las ofrecemos con el único interés de llevar a quien lo considere (individualmente o como colectivo) a una reflexión sincera, y a partir de ahí, a la mejora de la profesión y de los profesionales, en su caso, tal y como ya nos insta a hacerlo, como derecho y obligación, el Código Deontológico del Trabajador social, en su art. 26, y el Código Ético en su art. 10.

DEFINICIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR

El término de violencia familiar es controvertido y se utiliza como sinónimo de otros muchos (maltrato, violencia de género, abuso doméstico, etc.) con los que, según los diferentes autores o idiomas, tiene algunas diferencias.

El término “violencia” es utilizado entre los autores americanos para referir el abuso físico, sexual o psicológico y la agresión contra la mujer en la pareja, mientras que el término “abuso” se emplea más para referirse a la violencia contra los niños, bien sea a nivel físico, sexual o psicológico (Walker, 1999). Otra distinción teórica a tener en cuenta es el uso de las denominaciones “violencia doméstica” y “violencia familiar”. A pesar de que algunos autores emplean estos términos de forma indistinta, como si de sinónimos se tratase, los terapeutas americanos que trabajan en refugios o casas de acogida con mujeres víctimas de violencia doméstica, prefieren el uso de “violencia familiar” para referirse a las múltiples formas de violencia que se dan dentro de la familia, como el abuso de niños y ancianos, mientras que prefieren emplear el uso de “violencia doméstica” para definir la agresión contra la mujer por parte de sus compañeros sentimentales, para ser consistentes con las definiciones del sistema legal americano (Walker, 1999).

En España, como ocurre en el contexto anglosajón, se suele utilizar el término “violencia doméstica” para referirse a cualquier tipo de agresión de un compañero sentimental hacia su pareja, y “violencia familiar” para designar cualquier clase de violencia producida contra otros miembros de la familia como hijos, ancianos e incluso aquella violencia llevada a cabo por los hijos hacia sus padres y/o hermanos (Zarza, 2001). El concepto “Violencia de género”, aceptación más extendida y que ha dado origen a la Ley Integral de Violencia de Género, proviene de la traducción “gender violence”, que se podría haber traducido por violencia de género o violencia de sexo pues es su doble acepción terminológica (Lázaro Carreter, 2000).

La Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género define esta como “la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.”

Aparte de la confusión terminológica en el tema, el estudio de las variables implicadas en la ocurrencia de la violencia familiar es igualmente controvertido ya que limita la aplicación de esta ley cuando la violencia de género tiene su origen por razones de creencia de superioridad del hombre respecto de la mujer, cuando en la etiología de la violencia se pueden encontrar diferentes teorías, tales como:

- la descompensación de roles en la sociedad, en general, y en la pareja, en particular. Variables como ciertas condiciones socioeconómicas (pobreza, desempleo, marginación de la mujer y actitudes machistas, número de hijos, la dependencia económica femenina del marido, etc.), el nivel educativo, el consumo de alcohol y otras drogas o determinados tipos de personalidad, entre otras, han sido señaladas por múltiples autores como factores de riesgo y precipitantes del uso de conductas violentas contra la mujer y dentro de la familia (Echeburúa y Corral, 1998; Perilla, Bakeman y Norris, 1994; Kalmus y Straus, 1982; Straus et al. 1980; Walker, 1994).
- la tolerancia hacia la violencia como medio de control.
- posturas biologicistas que explican la violencia doméstica como un subtipo del comportamiento agresivo determinado por factores genéticos, hormonales y diferencias psicobiológicas entre ambos sexos.
- desde la perspectiva de las teorías del aprendizaje, se ha conceptualizado la violencia doméstica como una conducta aprendida donde la consecución del poder y el control sobre otra persona tiene una función reforzante (Echeburúa y Corral, 1998).

Dicho esto, la “violencia familiar” exige, sin menosprecio de acercamientos sociológicos, un análisis cognitivo-conductual de las interacciones que ocurren entre las personas (generalmente un hombre y una mujer) que participan de un mismo episodio de agresión, único o repetido a lo largo de la historia de convivencia, donde uno puede ser el agresor y el otro (generalmente la mujer) la víctima, pero donde inevitablemente los dos interactúan como un sistema, configurando un contexto psicológico que requiere ser analizado para poder explicar, intervenir y prevenir acontecimientos posteriores.

CUESTIONES JURÍDICAS Y NORMATIVAS

Cuando el Ministerio del Interior, a través del Gabinete de coordinación y estudios de la Secretaría de Estado de Seguridad, elabora el Sistema Estadístico de Criminalidad (SEC), determina qué comportamientos son los que se registran en el mismo como delito grave en el ámbito familiar, recogiendo aquellos hechos realizados contra quienes sean o hayan sido pareja o ex pareja (cónyuge, separado/divorciado, compañero sentimental, ex compañero sentimental, novio, ex novio), o contra quienes sean o hayan formado parte del grupo familiar (padre/madre, hijo/hija, u otro pariente) de la víctima, es decir, el sujeto pasivo

(hombre o mujer) de los hechos puede ser cualquiera de los sujetos integrantes de la unidad familiar.

Respecto a la protección social no existe hoy día un protocolo de actuación consensuado a nivel nacional, autonómico o provincial, que permita la intervención homogénea y protocolizada ante un caso de Violencia Familiar. Las actuaciones a realizar por parte del trabajador social se distinguirán entre las de prevención primaria, destinadas a la población en general y con el fin de dar visibilidad a la violencia familiar y de que se reconozcan en ella tanto las víctimas como los agresores, y las acciones con las víctimas y con los propios agresores. Si analizamos estas ayudas atendiendo a su carácter económico, de urgencia, judicial y social, podremos encontrar cómo muchas de ellas están destinadas exclusivamente a mujeres amparadas por la ley de violencia de género, por lo que otras víctimas de violencia familiar, tales como hijos, esposos, abuelos, abuelas o nietas, o incluso para mujeres maltratadas por su esposo pero no por una razón de convicción de superioridad sino por maldad, por opresión, o por enfermedad mental.

Si atendemos a la distribución de las víctimas de delitos graves de violencia en el ámbito familiar, por sexo, podemos observar cómo la distribución de mujeres frente a hombres oscila entre el 83 y el 90% de mujeres frente al 17 y el 10% de los hombres. Sin embargo, cuando analizamos los datos del INE sobre violencia doméstica y de género la imagen que nos muestra es que, en el 2015, las mujeres víctimas de estos delitos supusieron el 63% frente al 37% de los hombres. De estos datos se confirma que la mayoría de las víctimas en violencia familiar son mujeres victimizadas por un hombre, pero esto no debe conllevar el ignorar la existencia del hombre como víctima en el ámbito de la familia, puesto que sigue siendo nuestro trabajo proteger a las familias, defender a la víctima y no dejar olvidadas y desatendidas a las minorías. El análisis de las personas condenadas con sentencia firme por delitos de violencia doméstica y violencia de género nos muestra que, para el año 2015, los hombres condenados fueron, de media, 59,26%, con una desviación estándar del 6,40, por lo que nos deja con que el 40,74% de las condenas fueron a mujeres.

Queremos traer aquí la normativa más relevante respecto a las violencias que se originan en el seno de la familia, sobre mujeres, niños, adultos y mayores, tanto a nivel nacional como internacional.

- ***Recomendación (85) 4, adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 26 de marzo de 1985***

Sobre la violencia dentro de la familia, interesa de los Estados miembros “que prevean las medidas necesarias para que la declaración de los miembros de la familia

en los casos de violencia dentro de ésta se realice sin ninguna presión exterior. Sobre todo los menores deberían tener un asesoramiento adecuado”.

- ***Recomendación (87) 21, adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 17 de septiembre de 1987***

Sobre la asistencia a las víctimas y la prevención de la victimización, menciona la necesidad de “crear, desarrollar o apoyar los servicios dirigidos a categorías específicas de víctimas, como los niños”.

- ***Carta de los Derechos Fundamentales. Proclamada en Niza en diciembre de 2000 por el Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión***

Esta carta de derechos tiene una especial protección a la persona y a la familia. Recoge los derechos fundamentales a la dignidad humana y la vida, la libertad al respeto de la vida familiar y se garantizan el derecho a contraer matrimonio y el derecho a fundar una familia según las leyes nacionales que regulen su ejercicio, en art. 33 vuelve a hablar de protección de la familia en los planos jurídico, social y económico. En su art. 24 se positiva el derecho a la protección y a los cuidados necesarios para el bienestar de los menores y en art. 25 el de las personas mayores.

- ***Decisión n ° 779/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo del 20 de junio de 2007, para el período 2007-2013 (programa Daphne III)***

Su objetivo es prevenir y combatir todas las formas de violencia ejercidas contra los niños, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo integrados en el programa general Derechos fundamentales y justicia. Se trata de la violencia familiar, en los centros de enseñanza y de otro tipo, en el lugar de trabajo, de la explotación sexual con fines comerciales, de mutilaciones genitales y de la trata de seres humanos.

- ***Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (2011), en vigor desde el 1 de agosto de 2014***

En base al reconocimiento que en su preámbulo hace sobre que la violencia doméstica afecta a las mujeres de manera desproporcionada, que los hombres pueden ser también víctimas de violencia doméstica y que los niños son víctimas de la violencia doméstica, incluso como testigos de violencia dentro de la familia, se establecen como objetivos del convenio concebir un marco global, políticas y medidas de protección y asistencia a todas las víctimas de violencia contra las

mujeres y la violencia doméstica para eliminar la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica.

- ***Constitución Española***

Son diversos los artículos en los que nuestra Carta Magna recoge la protección a la familia. El art. 39 obliga a los poderes públicos a asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, así como la protección integral de los hijos.

- ***Código Penal***

Establece el tipo de relación o el vínculo que se da entre ellos para determinar qué es la violencia doméstica, qué la violencia de género y qué son los malos tratos en el ámbito familiar.

El art. 173.2CP define la violencia doméstica como la que ejerce una persona *sobre otra amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados.*

- ***Ley 35/1995, de 11 diciembre, de Ayudas y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual***

Establece un sistema de ayudas públicas en favor de las víctimas directas o indirectas de delitos dolosos y violentos cometidos en España con resultado de muerte, o de lesiones graves, o de daños graves en la salud física o mental. Asimismo, se prevén ayudas en favor de las víctimas directas de los delitos contra la libertad sexual, aún cuando se perpetren sin violencia

- ***Ley 27/2003, de 31 julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica***

Recoge por primera vez que la especificidad de la violencia que se ejerce contra las mujeres en el ámbito de la vida familiar va más allá de lo que el propio ordenamiento jurídico entiende como violencia familiar, y según el cual pueden ser víctima y agresor cualquiera de las personas que forma parte del contexto familiar: menores y personas adultas.

- ***Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género***

Reconoce en su Exposición de Motivos que “las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia”. La Ley integral recoge también una serie de derechos de los menores de edad que conviven en el entorno

familiar donde se sufre violencia de género, como los que se recogen en los artículos 5, 7.c, 14, 19.5, 61.2, 63, 65, 66 y en la Disposición Adicional 17ª.

RECURSOS ANTE LA VIOLENCIA FAMILIAR

- 1. Prestaciones Económicas, tales como las Ayudas económicas para víctimas de violencia de género o la Renta Activa de Inserción. Laborales, tales como apoyo a la formación e inserción laboral, y especialmente derecho a la reducción o la reordenación de su tiempo de trabajo, a la movilidad geográfica, al cambio de centro de trabajo, a la suspensión de la relación laboral con reserva de puesto de trabajo y a la extinción del contrato de trabajo.*
- 2. Prestaciones Sociales, como las Oficinas de asistencia a la víctima y los Puntos de Encuentro Familiar.*
- 3. Servicios Jurídicos, tanto los Juzgados de Violencia de Género como los Juzgados de Familia. Igualmente está la Orden Europea de Protección (OEP).*
- 4. Servicios de emergencias: Teléfono 016 Teléfono Especial para las víctimas de Malos Tratos, Dispositivo de Atención Telefónica Urgente para Mujeres Maltratadas 112, Servicio Atenpro para mujeres maltratadas. Centros de Emergencia, Portal Integral de Violencia de Género de la Región de Murcia, Servicio de Interpretación Telefónica de Idiomas para Mujeres Víctimas de Violencia de Género, el Punto de Coordinación de las Órdenes de Protección para Mujeres Víctimas de Violencia de Género, Teléfono de Atención al Mayor, Protocolo médico forense de valoración urgente del riesgo de violencia de género, Unidades de Valoración Forense Integral (UVFI), Guardia Civil – Equipo Mujer-Menor (EMUME) y Policía Nacional – Unidad de Atención a la Familia y a la Mujer (UFAM). Existió el Servicio de Atención al Hombre (El servicio telefónico recibió en los 379 días que duró, 6.515 llamadas, según el Ministerio de Igualdad).*
- 5. Servicios de Atención Primaria, con la Unidad de Trabajo Social, Ayuda a domicilio y apoyo a la unidad de convivencia, Prestación de Alojamiento Alternativo, Centros de Salud / Consultorio Médico, Servicios Sociales Especializados, Alojamientos de Urgencia, Centros de Día para personas mayores, Acogimiento Familiar, Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia (red CAVI). Puntos de Atención Especializada – PAE, Apoyo a familias en cuyo seno se produce violencia familiar, Atención psicosocial a víctimas de violencia de género, Mediación familiar, Atención a menores en riesgo social y familiar. Servicios de Acogida (En el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se cuenta con cuatro Casas de Acogida, y un Piso Tutelado, todos ellos de titularidad municipal. La derivación se realiza desde los CAVI y/o el EMAVI)*

PRAXIS PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL

Uno de los roles que se confiere al Trabajador Social en la familia es el de mediador en conflictos, puesto que se dirige y se enfoca en las dificultades, obstáculos y

problemas presentes en el vivir cotidiano de los usuarios, y hace uso de técnicas adecuadas para su abordaje en pro no solo del bienestar de la pareja, sino de la familia en su conjunto.

El profesional que interviene sobre situaciones de maltrato en el ámbito familiar tiene que ser enormemente cuidadoso, ya que el trabajo en este contexto es muy difícil. Por esto es necesario que, previo a la intervención con la víctima o con la familia, se tenga un conocimiento teórico sobre el ámbito a intervenir, tanto en lo que respecta a la concepción de la familia, de la violencia y sus tipologías, como de la Política Social en tanto que es la que nos marcará los lindes del camino profesional que podremos realizar con nuestros usuarios.

La Política Social se supone que es la concreción en líneas de trabajo y presupuestarias, de la ideología y de los valores de una sociedad concreta, y que tiene por objetivo defender la Justicia Social y ofrecer un Estado de Bienestar Social. En este contexto, será aquella la que dé respuesta a estas situaciones haciendo efectivos los derechos sociales, los derechos expresados, en nuestro caso en la Constitución y las leyes y convenciones internacionales; concretando el contenido de los mismos, los requisitos y los mecanismos para que sean efectivos, mediante la legislación y desarrollo normativo pertinente.

Tras el estudio y el conocimiento de la Política Social en materia de violencia familiar, positivada en el derecho y reconocida a través de las prestaciones creadas y dotadas para dar solución al problema, se iniciará el proceso de intervención social familiar.

La intervención social es una relación de ayuda que se establece entre el trabajador social y el individuo o la familia, con los que se va a trabajar; y supone una acción de apoyo para el cambio autónomo de las personas, que nace de la necesidad de superar el problema de la violencia que les impide una integración social normalizada.

CÓDIGO DEONTOLÓGICO

La Constitución Española establece en sus artículos 41, 139 y 149, la garantía de un *“régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos y la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad”*; así como los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado.

Proclama el Estado Social y Democrático de Derecho, la Justicia y la Igualdad como valores superiores del ordenamiento jurídico (art. 1.1), la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en los que se integra sean reales y efectivas (art.9.2), la dignidad de la persona y de los derechos que son inherentes (art. 10.1), la igualdad de todos los españoles ante la Ley (art.14).

Establece, además, los principios rectores de la política social, a saber:

- atención a la familia (art. 39.1)
- atención a los niños (art. 39.4)

- atención a los jóvenes (art. 48)
- atención a las personas con minusvalía (art. 49)
- atención a las personas de la tercera edad (art. 50)
- atención a los trabajadores emigrantes (art.42)
- el establecimiento de un régimen público de Seguridad Social (art.41)
- el derecho a la salud (art.43)
- el derecho de un disfrute de una vivienda digna y adecuada (art.47)

No hace distinción por sexo para ningún colectivo, pues ya ha estipulado en el art. 14 la igualdad para todos los españoles sin diferencia por razón de sexo.

La propia Constitución va a concretar los instrumentos de Política Social y las vías de actuación para atender a las necesidades sociales. Los Servicios Sociales van a constituir el instrumento esencial para la implantación de la política de bienestar.

Si nos basamos en el Código Deontológico y el Código de Ética del Trabajador Social, en los cuales se reflejan los valores y preceptos de obligado cumplimiento, vemos que nuestra deber como profesionales nos impele a realizar una intervención con todas las víctimas de la violencia en el ámbito de la familia, y que la distinción por razón de sexo a la hora de acceder a la justicia, a los servicios y a las prestaciones supone una injusticia la cual estamos obligados a denunciar; y a trabajar con nuestros usuarios desde el respeto a los Derechos Humanos.

- a. Art. 7.- El Trabajo Social está fundado sobre los valores indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad y la igualdad tal y como se contemplan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, las instituciones democráticas y el Estado de Derecho, y se basa entre otros, en el Principio básico de igualdad (cada persona tiene los mismos derechos, sin discriminación por sexo, hombre o mujer, ni por género, femenino o masculino).
- b. Art. 9.- Los/las profesionales del Trabajo Social ejercen su profesión desde el respeto de los Derechos Humanos Fundamentales de los individuos, grupos y comunidades reconocidos en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas*, el *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y de las Libertades Fundamentales*, la *Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea* de 2007, la *Constitución Española* de 1978 y todos aquellos recogidos en las declaraciones y convenciones reconocidas por la Comunidad Internacional y ratificadas por España.
- c. Art. 13.- Los/las profesionales del Trabajo Social, desde el respeto a las diferencias, proporcionan la mejor atención posible a todos aquellos que soliciten su intervención profesional según la identidad de cada cual sin discriminaciones por razón de género, edad, capacidad, color, clase social, etnia, religión, lengua, creencias políticas, inclinación sexual o cualquier otra diferencia.

- d. Art. 17.- Los profesionales del Trabajo Social se comprometen en la intervención social a buscar y garantizar a toda persona, grupo o comunidad la igualdad de oportunidades, el acceso a recursos y el apoyo para cubrir sus necesidades; especialmente de aquellos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o en alguna situación específica de desventaja social.

CONCLUSIONES, REFLEXIONES Y PROPUESTAS

- Primero. Reflexionar de forma personal y técnica sobre otras posibles perspectivas sobre el hecho de la Violencia Familiar.
- Segundo. Analizar los distintos tipos de violencia que se dan en el ámbito familiar y la multiplicidad de potenciales víctimas, y crear en consecuencia una legislación que dé cobertura a todas ellas indistintamente del sexo del agresor y de la víctima o de si se origina dentro del espacio físico doméstico.
- Consecuentemente, crear una norma nacional de Violencia Familiar, la cual incluiría y daría cobertura, entre otras, a la violencia de género.
- Tercero. El término de “género” que se emplea en la Ley 1/2004 hace referencia únicamente a la mujer, siendo inapropiado por dos motivos, uno el ya señalado abandono de la víctima en caso de ser hombre, y otro porque vincula “sexo femenino” con “género” y este a su vez con “víctima”. De la misma manera, se vincula implícitamente el de varón con agresor, por lo que es necesaria una recuperación de la presunción de inocencia para aquel.
- Cuarto. Implantar acciones de prevención secundaria y terciaria tanto con víctimas como agresores.
- Quinto. Responder al problema de la violencia en la familia tanto desde su vertiente preventiva como de intervención, a la vista de que el fenómeno de la victimización por la violencia familiar crece de forma acelerada faltando recursos que den respuesta al mismo.
- Sexto. Creación de un protocolo único y nacional de detección y de intervención con pautas de actuación para los profesionales sanitarios, educativos, sociales y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Séptimo. Profundizar en medidas formativas en Resolución Alternativa de Conflictos, tales como la mediación en las familias en cuyo seno se da la violencia.
- Octavo. Los mecanismos para denuncia o búsqueda de ayuda de las víctimas de la violencia, deben divulgarse y hacerse más accesibles.
- Noveno. Crear espacios que favorezcan la formación y el debate sobre otras perspectivas en el marco de la violencia en la familia.
- Décimo. Control de cumplimiento de las medidas contra dicha violencia, que podría contar con adecuada cobertura legal en el art. 105 del Código penal.

- Undécimo. Consideración como delito de los hechos constitutivos de violencia doméstica y reenvío de las actuales faltas a la jurisdicción civil.
- Duodécimo. Posibilidad de adoptar judicialmente las medidas precautorias que en cada caso sean precisas.
- Decimotercero. Ampliación del ámbito subjetivo del art. 153, en la línea de ampliar el espectro de los sujetos pasivos a todos los posibles integrantes de un núcleo de convivencia familiar y de extender el tipo penal para defender a sujetos que presentan idénticas necesidades de protección; mecanismos de coordinación de las jurisdicciones civil y penal.
- Decimocuarto. Aprobación de un Plan Nacional Contra la Violencia Familiar.
- Decimoquinto. La coexistencia de dos tipificaciones penales ante los mismos hechos delictivos en razón del sexo del agresor y de la víctima genera diferencias de tratamiento judicial y de acceso a los recursos.
- Decimosexto. Abordaje de la cuestión de la violencia, estudio de estas cuestiones y emisión de dictámenes al respecto, desde los Comités de Deontología de los Colegios Territoriales y del Consejo General del Trabajo Social.

Invitamos a reflexionar como colectivo profesional, sobre la realidad de la violencia en el seno de la pareja/familia, así como sobre la adecuada praxis desde el Trabajo Social y posibles cambios de paradigma dado que toda la inversión económica, técnica y en sensibilización no ha conllevado un descenso de las agresiones ni de las víctimas, por lo que se debería realizar un nuevo diagnóstico social de la problemática de la violencia familiar para poder realizar una intervención y unas acciones preventivas más adecuadas.

Si tuviéramos que elegir una palabra sería “igualdad”. Que en nuestra actuación profesional nadie quede excluido, ningún niño o niña, adolescente, ningún anciano o anciana, ninguna mujer... pero tampoco ningún hombre.

9.2. Espacio 2: Aula didáctica

9.2.1. TRABAJO SOCIAL Y DUELO

EL TRABAJADOR SOCIAL COMO FACILITADOR DE LOS PROCESOS DE DUELO

Dña. Eugenia L. Varea Muñoz.

*Trabajadora Social SEMAS Ayuntamiento de Murcia, Mediadora y Profesora asociada
Facultad de Trabajo Social de Murcia.*

Resumen:

En la actualidad uno de los procesos más significativos que están afectando a las personas en su trayectoria vital son las pérdidas de seres queridos en todas sus dimensiones. Unas se producen de forma irrevocable como consecuencia de un fallecimiento y otras de producen a consecuencia de una separación y/o divorcio. Aunque ambas presentan características diferenciadas, suponen en definitiva un cambio radical en el modo de vida y la percepción de la misma. Se puede afirmar que hay un antes y un después. Se pretende abordar en esta comunicación el rol del Trabajador Social en el acompañamiento en los procesos de duelo por fallecimiento y sobre todo profundizar en la importancia de la realización de un diagnóstico exhaustivo que nos ayude a determinar cuando una situación de crisis individual o familiar está enmascarada o marcada por esta realidad.

Se puede constatar que cada vez son más las personas que se sienten indefensas y perdidas cuando les toca vivir estos procesos. De hecho en las situaciones de separación y/o divorcio hay una serie de indicadores sociales y familiares que obstaculizan el propio proceso generando un estancamiento en la evolución del mismo. Se están utilizando patrones de intervención inadecuados que no ayudan a las personas afectadas a salir de forma resiliente de esta situación, provocando crisis profundas que afectan al desarrollo sano de los adultos y los hijos, cuando los hay.

Es importante concienciar a los profesionales de que tras una crisis personal, tras la detección de problemas socio-familiares y tras la disfuncionalidad de algunas unidades familiares se encuentra un episodio de pérdida no resuelto.

La muerte de un ser querido suele dejar un impacto que si se diagnostica adecuadamente y se trabaja con el/la afectado/a, ofrece la posibilidad a las personas de recuperarse y continuar un proyecto de vida. Factores como la depresión, el aislamiento, la incomprensión, la dejadez ante las necesidades básicas de la vida etc... son el resultado de estas problemáticas.

Esta ponencia pretende ser la apertura de un campo profesional poco explotado dentro del Trabajo Social, tal vez no olvidado pero sí apartado por la falta de cualificación y de capacitación. Por ello se propone realizar un acercamiento al tema desde la perspectiva de nuevo yacimiento de empleo. La intervención en estos casos se puede realizar desde todos los ámbitos de intervención social: sanitario, educativo, administración local, familia y menores, Personas Mayores, Exclusión, Discapacidad, Inmigrantes, etc.,,

Aunque nos centremos en las pérdidas citadas anteriormente se hará un recorrido por las pérdidas que se viven a lo largo del ciclo vital y que son necesarias para comprender los procesos de interacción y funcionamiento del ser humano. Se realizará una definición del término pérdida centrado en el ámbito social que ayude a captar a los asistentes en el significado de numerosas problemáticas que vienen asociadas a procesos de “conflicto”.

Por tanto considero que la temática de esta ponencia aborda varios objetivos:

- 1) Hacer visible un campo de intervención prácticamente olvidado/no abordado.
- 2) Concienciar de la necesidad y valor que supone la formación en el campo de las pérdidas.
- 3) Ofrecer claves de valoración, diagnóstico e intervención ante las pérdidas.
- 4) Contemplar este área de intervención como un nuevo yacimiento.
- 5) Generar interés y análisis por realizar intervención social con personas que han sufrido pérdidas.
- 6) Explicar en qué consiste la labor del profesional entendiendo a este como un recurso propio capacitado para ser agente de ayuda.

Palabras clave: Duelo, Pérdida, separación, Intervención psico-social, Trabajo Social individual y grupal.

CONTENIDO:

El duelo es un proceso de dolor y sufrimiento generado por la experiencia de la muerte o pérdida de alguien con vínculos afectivos significativos (Bowlby 1998). El duelo es una reacción emocional, física y psíquica, como respuesta a una ruptura de vínculos (Franco 2005; Kübler-Ross 1996).

En efecto existen muchas definiciones sobre el término duelo y todas recogen términos similares, por ello propongo que de forma global nos quedemos con factores importantes que están implícitos en el duelo:

1. Supone una pérdida definitiva.
2. La intensidad del dolor está relacionada con el vínculo afectivo que existía.
3. Se producen una serie de reacciones físicas, emocionales, psíquicas y relacionales.
4. Elaborar el proceso supone poder continuar con el proyecto vital satisfactoriamente.

Una parte muy importante de la actividad que desarrollan los trabajadores sociales se centra en ayudar con las pérdidas y duelos de las personas y familias. Atendemos desde pérdidas de poder adquisitivo (desempleo, jubilación...), pérdida de vivienda (desalojos, desahucios, incendios...), pérdida de libertad (internamientos, prisión, acoso...), pérdida de salud (enfermedades, discapacidades...), hasta pérdidas y distanciamiento familiar (muertes, emigraciones...).

Con todo este bagaje solemos enfrentarnos diariamente. Toda pérdida significativa conlleva su duelo y todos los duelos hay que elaborarlos. Cuando esto no se hace, existen consecuencias a medio y largo plazo en la persona, la pareja, la familia, el trabajo, las relaciones sociales...etc.

Cuando hacemos una revisión normativa no podemos dejar de lado la Ley de Servicios Sociales de la Región de Murcia 3/2003 de 10 de abril modificada por la Ley 5/2016 de 2 de mayo, ya que nos muestra entre los Principios inspiradores en el artículo 5.1 d) el de Prevención, entendida esta como “la superación de las causas de los problemas sociales, actuando coordinadamente en su resolución”. Paralelamente en el artículo 8, respecto a la organización del sistema de Servicios Sociales, los de Atención Primaria recogen:

- a) Servicio de Información, Valoración y Asesoramiento a toda la población.....
- b) Servicio de Atención en el Medio Familiar y Comunitario, que tiene por objeto proporcionar, en el propio medio familiar o comunitario atención de carácter social doméstico, de apoyo psicológico, rehabilitador y socioeducativo

Igualmente, en los artículos del 11 al 16 inclusive, al analizar las actuaciones de los Servicios Sociales Especializados en todos los sectores de población: familia, infancia, personas mayores, personas con discapacidad, inmigrantes, minorías étnicas etc....encontramos los términos: integración social, prevención de la marginación, actuaciones para alcanzar el mayor nivel de bienestar social, entre otros.

Basándonos tanto en el principio de prevención como en las atribuciones que tienen los servicios sociales de atención primaria y especializada, podemos concluir que el abordaje de los procesos de duelo estarían incluidos en la valoración, asesoramiento, diagnóstico e intervención profesional que realiza el Trabajador Social y sin embargo

no encontramos ninguna alusión al mismo ni siquiera a las pérdidas que sufre el ser humano.

Del mismo modo, ni en los niveles formativos reglados ni en las familias existe una “educación para las pérdidas y para el duelo”.

Es una realidad palpable que el duelo está relegado socialmente a quién lo padece, es algo considerado lejano, tabú, del ámbito privado y precisamente la ayuda que encuentran las personas dolientes suele ser desde la esfera privada: asociaciones y ONGs sin ánimo de lucro, grupos de autoayuda, profesionales del ámbito privado etc....

No se puede afirmar que desde la administración pública tanto en materia de sanidad como de servicios sociales exista ayuda especializada en duelo y pérdidas ya que asistimos al proceso de “la medicalización del duelo” por el cual este se considera una enfermedad y es derivado en un porcentaje de casos muy elevado al ámbito de la psiquiatría, donde prácticamente la única terapia es la ingesta de medicamentos para evitar “pensar, llorar, sentir etc...”. AL igual que se suele equiparar duelo con depresión, cuando este lejos de ser una enfermedad, forma parte de los procesos naturales y vitales del ser humano.

Ya desde tiempos ancestrales, vivir y morir están íntimamente relacionados y las sociedades y culturas han abordado la muerte como un acontecimiento natural en el cual participan todos los componentes del grupo y de la familia, desde los más pequeños hasta los ancianos. En nuestra sociedad occidental, sin embargo los ritos relacionados con la muerte suelen estar protagonizados por las personas adultas y se suele con frecuencia dejar a un lado a los niños.

Culturalmente podría decirse que hay un sentir popular por el cual pensamos que hacemos un favor al dejar excluidos a los niños y sin embargo lo que estamos generando son principios de crisis ya que al no integrarlos en los ritos, no explicarles sencillamente lo que ocurre y dejarlos vivenciar y expresar sus sentimientos, estamos retrasando el inicio del proceso de duelo e incluso configurando lo que podría convertirse en un duelo patológico.

Cuando a nuestros despachos llegan casos de problemáticas personales e incluso familiares es bastante usual encontrarnos con duelos no elaborados y que han dejado huella en nuestros clientes/usuarios y que en numerosas ocasiones desembocan en otras problemáticas y patologías: adultos que siendo niños no les dejaron vivir la muerte de un ser querido, personas que no hicieron lo suficiente por quién ya se ha ido, sentimientos de culpa por acontecimientos que ya no pueden sanar, vacíos por orfandad y pérdidas de seres importantes, cambios de vida por la muerte de alguien clave en su vida, silenciamientos y prohibición de llorar/expresar/hablar de quien falleció, crisis económicas y conflictos familiares por herencias, secretos familiares

por duelos desautorizados, somatizaciones tras la pérdida de personas importantes y un largo etcétera.

Cuando un Trabajador Social puede empatizar y entender la totalidad de la situación que está afectando a un/a doliente es cuando se inicia verdaderamente un proceso de relación de ayuda en duelo. Cuando se conocen las etapas del duelo se puede ayudar a identificar en qué momento se encuentra nuestro usuario/a y se pueden relativizar los síntomas que están afectando a su vida.

Pensar que en nuestra ciudad cada día fallecen un número de personas que genera un mínimo de dos personas en duelo, nos lleva a la reflexión y a la posibilidad de implementar recursos específicos desde el ámbito público para poder apoyarles.

Este tipo de ayuda va desde la atención individualizada hasta el trabajo social grupal donde las personas van a poder elaborar el proceso globalmente y unidos a otros dolientes.

La intervención y el acompañamiento suponen para el Trabajador Social hoy un nuevo reto a la hora de retomar la intervención profesional, en parte olvidada por la burocracia y los ritmos que marcan las organizaciones. Pero en un momento de crisis como el actual, supone la autoreflexión a la hora de retomar la esencia misma de la profesión entendida como que nosotros somos el recurso en sí mismo y por nosotros mismos y que la gestión, derivación e implementación de otras alternativas no son eficaces a la hora de realizar intervenciones sociales con resultados favorecedores para la población con la que trabajamos.

Enseñar a las personas como miembros de una familia a manejar sus pérdidas y poder acompañarlos ante la enfermedad, muerte, abandono, separación, traslado etc... de los seres queridos con los que conviven supone dotar a las personas de herramientas para auto ayudarse y salir reforzados de las situaciones complicadas.

La muerte, este fenómeno natural, universal, esta experiencia vital, de hecho se ha industrializado en las ciudades y se suelen depositar las decisiones de la inhumación, velatorio, tipos de despedida, etc.... a los Servicios funerarios. La cultura de la prevención es mínima y no todo el mundo tiende a realizar testamentos vitales en el ámbito de la salud y ante notario.

Cuando reflexiono acerca de la importancia de todos los factores que rodean a la pérdida de los seres queridos, no puedo más que imaginar que los profesionales del Trabajo Social somos un elemento fundamental para poder realizar las siguientes tareas:

- 1) *Tareas de información y asesoramiento:* sobre recursos de ayuda, recursos legales (el testamento, la herencia, el pago de exequias, últimas voluntades, etc.....)
- 2) *Tareas de identificación del proceso de duelo:* consistente en conocer la historia

de pérdida del individuo o familia, sus sentimientos y reacciones para ubicarlos en el momento del proceso en el que se encuentran.

- 3) Intervención y soporte: ayuda para afrontar el proceso a nivel psico-social tanto en el nivel individual como grupal.

Somos conocedores de que no somos los únicos profesionales que intervenimos con pérdidas, pero si el trabajar con situaciones de precariedad, carencia y necesidad... conforman el contexto de nuestra disciplina profesional. De hecho cuando escuchamos la palabra “duelo” automáticamente pensamos “eso no es para nosotros, ya están los psicólogos u otros profesionales”. Sin embargo es necesario atender a una realidad imperante e ineludible y es que diariamente estamos enfrentándonos con los duelos de nuestros usuarios bajo el nombre de pérdida e incluso carencia: pérdida de alojamiento, pérdida de medios económicos, pérdida de salud, pérdidas sociales y familiares, pérdida de empleo etc.... y esto sí lo aceptamos incluso sin profundizar en que la historia de esas pérdidas en un alto porcentaje tiene un origen o factor asociado y fue el día que alguien importante se fue y cambió el rumbo de sus vidas.

Para la intervención en procesos de duelo es necesario contar con un conocimiento técnico suficiente, no sirven solo los aprendizajes de las propias experiencias de duelo vividas por el profesional. El trabajo con duelos, con duelos diversos, exige un conocimiento específico de los procesos que se desencadenan. Es importante ser sensibles al dolor de la persona en duelo, pero también conocer las reacciones típicas y las aportaciones adecuadas que hay que hacer.

Y si vamos a trabajar de forma terapéutico o más especializada es necesario como apunta William Worden (Worden,1997:64 y 69), seguir los siguientes objetivos:

- Facilitar la información adecuada entorno al proceso de duelo.
- Ayudar a completar asuntos inacabados con el fallecido.
- Incrementar la realidad de la pérdida, tratando de evitar o superar la negación.
- Ayudar a manejarse con las emociones expresadas y con las latentes. Facilitar la expresión emocional.
- Contribuir a superar los obstáculos que dificulten el reajuste tras la pérdida.
- Colaborar en dar una despedida adecuada y en la reanudación de una vida normal.

El procedimiento básico que se sigue en este nivel de asesoramiento es:

1^a. Ayudar al doliente a hacer real la pérdida.

2^a. Ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos.

3^a. Ayudar a vivir sin el fallecido.

- 4ª. Facilitar la recolocación emocional respecto al fallecido.
- 5ª. Procurar el tiempo necesario para el duelo (asumir la pérdida).
- 6ª. Redefinir las conductas supuestamente “alteradas” como “normales”.
- 7ª. Permitir diferencias individuales.
- 8ª. Suministrar un apoyo continuado.
- 9ª. Examinar defensas y estilos de afrontamiento.
- 10ª. Identificar la patología y derivar.

Normalmente para una familia el fallecimiento de alguno de los miembros supone un impacto, lo que genera un indicador ineludible para cualquier profesional que intervenga con ellas. Cuando además existe la posibilidad de trabajar desde el Trabajo Social grupal esta realidad, se obtienen resultados muy satisfactorios ya que objetivos básicos del grupo son:

- Acompañarse, Apoyarse y Ayudarse en el proceso de elaboración del duelo.
- Poner palabras a los sentimientos, expresarlos, compartirlos con otras personas dolientes.
- Que el grupo sea un espacio de comunicación y crecimiento; de empatía grupal y confianza mutua; de expresión sincera y cordial.¹²

Cuando hablamos de pérdidas, nos encontramos con un amplio abanico de situaciones. Algunas de ellas son:

- Pérdidas de seres queridos: cónyuge, padres, hijos. Cada una de ellas conlleva unas connotaciones muy diferenciadas.
- Pérdidas o duelos desautorizados:
 - Duelos perinatales: muerte fetal, perinatal y neonatal.
 - Suicidios.
- Pérdidas del ciclo vital:
 - Jubilación, Nido vacío, constitución de la pareja, nacimiento y crianza, hijos en edad escolar, adolescencia, Madurez, vejez.
- * Pérdidas sociales: vivienda, economía, trabajo, integración social, inmigración....
- * Pérdidas en salud: discapacidad, autonomía, dependencia...
- * El divorcio.

Conclusiones:

El trabajador social es uno de los profesionales adecuados para tanto desde las Unidades de Trabajo Social (UTS) como desde los Servicios Especializados detectar y ayudar a elaborar los procesos de duelo y pérdida de un ser querido

que afectan al normal funcionamiento de la persona y su familia. Para ello se considera necesario incluir en las Guías docentes de la formación del Trabajo Social la preparación necesaria para tener conocimiento de este proceso. Paralelamente se necesita tener conocimientos técnicos suficientes para saber entender los procesos y ser sensibles al sufrimiento del otro, como una de las formas más efectivas de ayuda así como que el propio profesional haya elaborado su historia de pérdidas, conozca y valore los recursos personales disponibles de afrontamiento, ayude a identificar aspectos no resueltos, a identificar los aspectos pendientes y sobre todo comprenda sus limitaciones respecto a sí mismo/a, a las situaciones límites que se le presenten y al tipo de usuarios que atiende.

Se considera que actualmente este ámbito de intervención no está siendo trabajado desde la intervención pública y que merece un espacio de reflexión por parte de los responsables de los servicios sociales y la sanidad para incorporarse como un recurso de ayuda al ciudadano indispensable, vital para que la sociedad pueda avanzar.

BIBLIOGRAFÍA:

- BAUTISTA, Mateo. Renacer en el duelo. (2000) Cuando muere un ser querido. Editorial San Pablo.
- BOWLBY, J. (1993) La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Ediciones Paidós. Barcelona, Buenos Aires, México.
- DI MAIO CAMPOS TOLEDO, Laisa Regina. 2015. “El tema del duelo en la práctica del trabajador social”. *Trabajo Social* 17: 239-252. Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- FEINSTEIN, David. Sobre el vivir y el morir. Editorial Edaf.
- GONZÁLEZ CALVO, Valentín. “Trabajo social familiar e intervención en procesos de duelo con familias” 2016. VI Congreso de Escuelas universitarias de Trabajo social.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre la muerte y los moribundos. Ed. Planeta
- WORDEN, J. William. Editorial Paidós El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia.

9.2.2. TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

RECURSOS SOCIO/SANITARIOS PARA LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Dña. Ana Fernández Abril.

Trabajadora social en el equipo de tratamiento asertivo comunitario (ETAC) de Lorca.

Subtítulo: Rol del Ts en el ETAC

Palabras clave: TRASTORNO MENTAL GRAVE, EQUIPOS TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO, RECURSOS SOCIO SANITARIOS

El Trastorno Mental Grave (TMG), también llamado trastorno mental severo, es un término que se ha impuesto al concepto anterior de trastorno mental crónico. La definición más aceptada sobre el TMG, es la del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (1987), que define al colectivo incluido en dicha definición como un grupo de heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas en diversos recursos socio-sanitarios de la Red de Atención de Salud Mental (National Institute of Mental Health, 1987)

EL modelo Asertivo Comunitario fue ideado en la década de los 70 por Stein y Test en los Estados Unidos como alternativa al hospital psiquiátrico, siendo sus características básicas el estar dirigido a personas con trastorno mental grave de elevada complejidad, con un alto nivel de consumo de servicios, a los que un equipo multidisciplinar se les presta una atención basada en un bajo ratio pacientes y un staff con amplia disponibilidad y focalizada en el ambiente habitual e implementando un APOYO INTEGRAL. Así, se contemplan apoyos prácticos como la compra, vivienda, transporte, etc. Es un modelo ampliamente replicado con numerosas variantes según localización y recursos y que cuenta con muchas variaciones a la hora de ponerlo en marcha y variaciones en sus ingredientes esenciales. Este modelo resultó una solución válida a estas personas con problemas muy graves de salud mental y perfil reingresador o desvinculado, convirtiéndose en un vehículo de desarrollo de servicios para suministrar tratamientos eficientes y efectivos, rehabilitación y servicios de apoyo, de forma conjunta.

Leonard Stein, Marx y Test fueron los pioneros en usar las técnicas psicosociales para ayudar a los pacientes a mantenerse en la comunidad. En 1980 ponen en marcha el primer programa TAC, con la denominación de Entrenamiento para la

Vida Comunitaria, donde 126 pacientes disminuyeron de forma significativa el fenómeno de puerta giratoria, y mejoraron en relación con un grupo control en sintomatología, empleo, relaciones sociales y sobre todo, satisfacción subjetiva con su vida.

En España, el contexto ha sido favorable a la introducción de este modelo. Algunos motivos nos remontan a la Reforma Psiquiátrica, donde la Ley General de Sanidad de 1986 supuso un cambio en el modelo de atención a los enfermos mentales y donde se pasó de una atención centralizada en el hospital psiquiátrico a un modelo basado en los servicios comunitarios; sin embargo, varias insuficiencias como una visión idealizada y reduccionista, la necesidad de servicios intermedios y apoyos comunitarios y la responsabilización a las familias que se produjo dejó en evidencia la necesidad de implementar nuevas soluciones. La Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad de 2007 publicó que el Modelo Asertivo Comunitario constituía una buena práctica ejemplarizante a ser desarrollada en todo el panorama nacional.

Los principios básicos del modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario son:

1. Servicios orientados a un grupo concreto de personas con TMG
2. Más que gestionar servicios prestados por otros, el tratamiento, apoyo y la rehabilitación son proporcionados directamente por el equipo
3. Los miembros del equipo comparten la responsabilidad de los pacientes
4. La ratio de profesionales/pacientes es bajo (aproximadamente 1:10)
5. La gama de servicios y tratamientos son globales y flexibles
6. Las intervenciones son llevadas a cabo “in vivo”, en la comunidad más que en contextos clínicos u hospitalarios
7. No hay límite de tiempo arbitrario establecido para recibir los servicios
8. El plan de tratamiento es individualizado para cada paciente
9. Los servicios están disponibles la mayor parte del día, coordinando la asistencia diaria con los servicios de Urgencia el resto del día.
10. El equipo mantiene actitud asertiva en la relación con sus usuarios.

Sin entrar en disquisiciones más técnicas, la población diana de estos equipos son personas con trastornos mentales muy graves de perfil reingresador y/o desvinculados en quienes puede producirse un deterioro de larga duración consistente en: alta vulnerabilidad, sin adherencia psicofarmacológica, dificultad para relaciones interpersonales, déficit en estrategias de afrontamiento cotidianas, dependencia marcada y escasa capacidad de aprendizaje.

La composición del Equipo TAC del Área III de Salud al cual pertenezco está compuesto por un psiquiatra, dos enfermeras, una auxiliar de enfermería y una trabajadora social (a media jornada). Las actividades básicas que desarrolla el Equipo, tanto en la visita domiciliaria, como en el entorno cercano del paciente como en el propio centro de salud en los casos más normalizados se pueden resumir en: apoyo al tratamiento farmacológico, entrenamiento en habilidades de la vida diaria, abordaje psicosocial integral, orientación e integración ocupacional/laboral, psicoeducación familiar, cuidado y promoción de la salud, coordinación con el resto de recursos sociales, sanitarios, legales...

El Papel del trabajador social lo podemos encontrar en la Ley General de Sanidad, cap II art 20 donde dice en su punto 4 “Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general. En el cap III art 20 de la misma ley dice en el punto 1 “La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.” Y sigue en su punto 3 “ Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.”

Podemos seguir justificando la presencia del trabajador social en toda la legislación nacional y regional, pero no es motivo de esta comunicación. En la Región de Murcia contamos con la publicación de la Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental donde se expone la intervención de cada uno de los profesionales que intervienen desde el centro de salud mental en el tratamiento de pacientes con TMG. Se dedica en el punto 8 la intervención de Trabajo Social. “El conocimiento de cualquier trastorno psíquico debe enmarcarse siempre en el estudio del entorno que rodea a la persona. Consideramos por ello fundamental tener una adecuada valoración sobre las características sociales y familiares que afectan al individuo. Es el trabajador social en salud mental el profesional cualificado para valorar, interpretar y actuar sobre estos ámbitos de influencia para la persona. Procurando mejorar o reestablecer el funcionamiento social, promoviendo todos aquellos cambios y recursos necesarios para el desarrollo personal. Amaya Ituarte define el trabajo social clínico en salud mental como” un proceso de ayuda a personas, familiar, grupos y comunidades; con el objeto de desarrollar capacidades psicosociales, de tal manera que puedan hacer frente a sus problemas actuales y a potenciales situaciones conflictivas en un futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (sobre si mismos y su entorno) su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar

adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social” (Ituarte, 1992).

Hacer una mención a rol del trabajador social que expone Pedro Morago en su artículo de Tratamiento comunitario asertivo: práctica, consideraciones éticas y rol del trabajador social

“El Modelo Biopsicosocial propugna que, para responder adecuadamente a las necesidades de la persona que padece una enfermedad mental, es necesario tener en consideración tanto los factores biológicos como psicológicos y sociales que concurren en dicha persona. En consecuencia, de acuerdo al Modelo Biopsicosocial no sólo psiquiatras, sino también psicólogos, trabajadores sociales, técnicos sanitarios especializados en salud mental y cuidadores comunitarios cumplen un papel fundamental en la rehabilitación de las personas con enfermedades mentales (Cohen et al., 2002).

En términos generales, se puede afirmar que la función principal del trabajador social que opera dentro de un equipo de TCA es colaborar con el usuario con el fin de que éste pueda desarrollar una vida cotidiana lo más ajustada y normalizada posible.

En primer lugar, es tarea específica del trabajador social identificar, valorar y tratar de remediar o atenuar los diversos factores sociales adversos que han podido contribuir a la aparición y evolución del trastorno mental que sufre la persona en cuestión, tales como discriminación, violencia doméstica, carencia de una vivienda, pobreza, desempleo o exclusión social, por citar sólo algunos.”

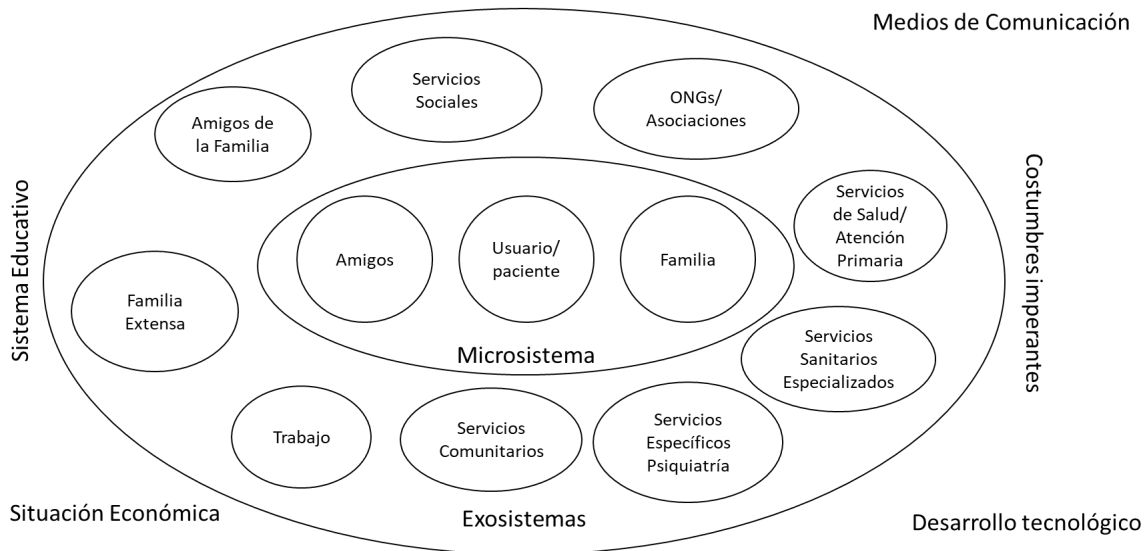
Áreas objeto de estudio en el proceso de valoración social Al objeto de poder tener una evaluación-diagnóstica de la situación y de las personas con quienes se va a actuar, consideramos conveniente abordar el estudio de las siguientes áreas, empleando para ello las diferentes técnicas de relación, investigación y documentales de Trabajo Social.

En el caso de nuestro equipo se recoge la siguiente información

- Datos personales
- Situación Socio familiar Geneograma (composición del núcleo familiar, apoyos, datos significativos de su historia personal y familiar, dinámica)
- Situación Económico Laboral (Trayectoria laboral, cualificación profesional, ingresos/gastos)
- Nivel Educativo. Formación para el Empleo (nivel de formación, intereses formativo-culturales, actividades de Ocio y Tiempo Libre)
- Vivienda (Régimen de tenencia, localización, estructura, condiciones de habitabilidad, equipamiento, relaciones sociales y vecinales)

- Problemática Legal (Control /seguimiento judicial, juicios pendientes, separación/divorcio, custodia de menores, embargos, Incapacitación)
- Recursos Utilizados (organismo-fecha y actuación realizada)
- Sociabilidad, motivación e intereses

También hacemos un estudio sobre las relaciones del paciente con el entorno



La forma de intervención del ETAC podemos seguir **las fórmulas de protección en la red de apoyo natural, profesional y fórmulas de protección Legal.**

En la red de apoyo natural, el equipo atiende al paciente en su entorno, su casa o en el bar o donde quiera el propio paciente. Nuestro objetivo es empoderar a la persona con enfermedad mental a través del vínculo terapéutico del equipo. Visitas a domicilio, tomar un café, acompañarle en gestiones y orientarle tanto al paciente como a la familia a resolver problemas de su día a día. Otro objetivo es fortalecer apoyos de la persona con enfermedad mental, tanto de la familia intentando mejorar el contacto con el paciente, como del paciente con el entorno inmediato, vecinos, tienda de barrio, amigos de la familia...

En la red de apoyo profesional destacar algunos de los dos grandes bloques; salud mental y en servicios sociales.

De los servicios de salud mental destacar el Centro de Salud Mental de donde dependemos y donde nos relacionamos con los distintos programas, fundamentalmente con el programa de adultos y de rehabilitación, con la Unidad de Media Estancia, Unidad de Agudos hospitalaria, etc.

De Servicios sociales destacar el Programa de Inclusión ya que compartimos algunos usuarios/pacientes o pacientes/usuarios, la Unidad de Trabajo Social Municipal,

programa de comidas a domicilio, Servicio de ayuda a domicilio, Fundación Murciana para la Tutela de Personas Adultas, diferentes servicios de Dependencia de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, etc.

En cuanto a las **fórmulas de protección legal**. Diferenciar tres apartados.

1. Procuramos que accedan a los recursos utilizando los facilitadores del reconocimiento de **discapacidad y de dependencia**. Les ofrecemos la valoración de discapacidad (Ley 51/2003, de 2 de diciembre de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad). De esta manera vamos mejorando la relación terapéutica y la conciencia de enfermedad. A través de los beneficios según la limitación de nuestro paciente, podemos acceder a que tengan desde una Pensión no contributiva a facilitarles el acceso al trabajo. En cuanto a la valoración de dependencia (Ley 39/2006, de promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia) la utilizamos en los casos más graves para acceder a servicios como residencia cuando ya no quedan servicios en la comunidad para sostener al paciente. Se pueden utilizar otros como servicio de ayuda a domicilio, centro de día o Servicio de Promoción para la Autonomía Personal.
2. Cuando no se cuenta con familia capacitada para proteger al paciente o el paciente por motivo del deterioro y los efectos del TMG se encuentra en una situación de vulnerabilidad grave ayudamos y/o promovemos el inicio de la incapacidad civil para protegerle con **tutela o curatela** que son diferentes fórmulas de protección legal. Son fruto de un procedimiento judicial y pueden ser ejercidas tanto por familiares de la persona con discapacidad como por instituciones públicas o privadas. Que una persona esté sometida a tutela no significa que no pueda expresar su opinión sobre cuestiones que le implique directamente. Siempre se debe de tener en cuenta al paciente.
3. En cuanto al **mundo laboral** es numerosa la bibliografía que nos habla de las altas tasas de desempleo en este colectivo, pero sin lugar a dudas, el empleo es un indicador de normalidad. En los últimos tiempos se están apoyado desde programas de diferentes organizaciones tanto públicas como privadas como programas municipales, Cruz Roja, Isol, etc.

Destacar la labor de ISOL (Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial) que es una asociación que se constituye en 2002, con forma jurídica de organismo no gubernamental sin ánimo de lucro. Es constituida y promovida por profesionales de la Salud Mental de la Región de Murcia, creada al amparo del Servicio Murciano de Salud de la Consejería de Sanidad. Donde más presente está es cerca de la capital de la región donde desarrollan diferentes talleres en su centro de referencia (Parque de Ocio de los Juncos) situado en Molina de Segura. Está presente en Cartagena, Lorca, Caravaca y Yecla.

4. Mencionar en cuanto a **la protección económica**, hacemos un recorrido por los diferentes escenarios según la situación de cada caso. Pensiones tanto contributivas como no contributivas, Prestación familiar por hijo a cargo, Orfandad, Incapacidad laboral del Inss (Permanente total, absoluta o gran invalidez), situación hereditaria, seguros de vida , patrimonio protegido.

Estado de los recursos sociales y sanitarios para el apoyo de las personas con enfermedad mental en situación de especial vulnerabilidad.

Como marco de referencia debemos tomar la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Mas conocida como «ley de dependencia». A través de ella se crea el actual Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que es el conjunto de servicios y prestaciones destinados a la promoción de la autonomía personal, así como a la protección y atención a las personas, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados.

Servicios y prestaciones de la dependencia

Servicios

- Servicio de prevención de las situaciones de dependencia y las de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a Domicilio:
 - Atención de las necesidades del hogar.
 - Cuidados personales.
- Servicio de Centro de Día y de Noche:
 - Centro de Día para Mayores
 - Centro de Día para Menores de 65 años
 - Centro de Día de Atención Especializada
 - Centro de Noche
- Servicio de Atención Residencial:
 - Residencia de Personas Mayores en situación de dependencia.
 - Centro de atención a personas en situación de dependencia en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Prestaciones

- - Prestación económica vinculada al servicio.
- - Prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
- - Prestación económica de asistencia personal.

Recursos del actual sistema para la autonomía personal y atención a la dependencia de mayor a menor intensidad

		RESIDENCIAS		
MUNICIPIO	NOMBRE DEL CENTRO	ENTIDAD FEDERACIÓN	plazas de dependencia	TITUARIDAD
Abanilla	Residencia Altavida	Fundación Diagrama	36	privado
Abanilla	Residencia Santa Ana	Residencia Santa Ana SLU	50	privado
Archena	Residencia Nuevo "Azahar"	Diagrama	38	privado
La Unión	Residneica "Cristo de los Mineros"	Fundación Diagrama	60	privado
La Unión	Residneica "Cristo de los Mineros"	Fundación Diagrama	60	privado
Lorca	Residencia ASPRODES	ASPRODES/FADIS	7	privado
Murcia	Residencia Luís Valenciano	Propio	118	Propio
Torres de Cotillas	Residencia AFES	AFES/FEAFES	20	privado
			389	

Viviendas tuteladas

Columna1	Columna2	Columna3	Columna5	Columna6
		VIVIENDAS TUTELADAS		
MUNICIPIO	NOMBRE DEL CENTRO	ENTIDAD FEDERACIÓN	plazas de dependencia	TITUARIDAD
Molina de Segura	AFESMO	AFESMO/FEAFES	13	privado
Molina de Segura	AFESMO	AFESMO/FEAFES	14	privado
Molina de Segura	AFESMO	AFESMO/FEAFES	10	privado
Murcia	FUSAMEN	FUSAMEN/FEAFES	12	privado
San Javier	AIDEMAR	AIDEMAR/FEAFES	3	privado
			52	

Centros de día

Columna1	Columna2	Columna3	Columna5	Columna6
MUNICIPIO	NOMBRE DEL CENTRO	ENTIDAD FEDERACIÓN	plazas dependencia	TITUARIDAD
Águilas	Centro de Día AFEMAC	AFEMAC/FEAFES	25	privado
Águilas	Centro de Día AFEMAC	AFEMAC/FEAFES	25	privado
Cartagena	Centro de Día APICES	APICES/FEAFES	60	privado
Cehegín	Centro de Día AFEMNOR	AFEMNOR/FEAFES	25	privado
Cieza	Centro de Día AFEMCE	AFEMCE/FEAFES	39	privado
Lorca	Centro de Día ASOFEM	ASOFEM/FEAFES	25	privado
Molina de Segura	Centro de Día AFESMO	AFESMO/FEAFES	90	privado
Murcia	Centro de Día AFES	AFES/FEAFES	56	privado
San Pedro del Pinatar	Centro de Día AFEMAR	AFEMAR/FEAFES	10	privado
Torres de Cotillas	Centro de Día AFES	AFES/FEAFES	19	privado
Totana	Centro de Día	Ayuntamiento	19	Público
Yecla	Centro de Día	AFEMY/FEAFES	14	privado
			407	

Servicios Sociales de Atención Primaria. Además de los programas anteriormente mencionados detenerme en el programa de acompañamiento para la inclusión social por tener una metodología similar al etac. El objetivo del programa es favorecer los procesos de inclusión social desde las Entidades Locales. Los fundamentos del programa son:

- Los Servicios Sociales de Atención Primaria desempeñan un papel muy importante en la detección y coordinación de las respuestas a los procesos de inserción social.
- Las personas con graves cargas como los TMG también pueden incorporarse socialmente, para ello es necesario un trabajo social específico, un conocimiento detallado de cada caso y adaptar a éste los recursos existentes.
- Es necesario generar mecanismos operativos de coordinación con otras áreas de la política social - empleo, vivienda, educación, salud - para el tratamiento

integral de las necesidades de las personas en situación de exclusión social. En cuanto a su metodología de trabajo El método de trabajo se basa en la realización de **itinerarios de inserción** y en la potenciación de las **redes de apoyo social y comunitario**. El **itinerario de inserción es un proceso pactado** entre la persona afectada y el equipo de intervención que, teniendo en consideración las situaciones de necesidad iniciales, prevé la realización de aquellas actuaciones que pueden producir mejoras. En este itinerario la persona cuenta con un profesional de referencia: el responsable de caso que coordina las atenciones que el proyecto promueve. El itinerario debe plasmarse en un acuerdo por escrito, donde se definen los distintos apoyos (personal, económico, laboral, ocupacional y acciones complementarias) a tener en cuenta en la elaboración de un itinerario personalizado de inclusión social, desde el cual se articulan un conjunto de acciones, pactadas y coherentes, que facilitan la adopción de compromisos que potencien su desarrollo personal, sus cualidades y capacidades.

La Fundación Murciana para la Tutela de Personas Adultas se constituye en escritura 30 de dic n° de protocolo 1969. Tiene por objeto el ejercicio ejercicio inexcusable de la tutela y curatela de las personas mayores de edad incapacitadas legalmente, residentes en la CARM, en los términos fijados por el Código Civil, cuando así lo determine la Autoridad Judicial competente. La asunción, en su caso, de la defensa judicial de los residentes en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, mayores de edad, sobre los que se haya iniciado un proceso de incapacitación, así como el ejercicio de cuantas funciones determine la Autoridad Judicial en medidas provisionales de defensa y protección personal y patrimonial de presuntos incapaces en situación de desamparo. El fomento y realización de acciones encaminadas a la integración y normalización de los tutelados por la Fundación, facilitando recursos sociales, la atención personal del incapacitado, su cuidado, rehabilitación o recuperación y el afecto necesario. La administración de los bienes del tutelado, actuando en su beneficio, bajo los principios de prudencia, conservación y mejora de aquellos, con arreglo a las previsiones contenidas en el Código Civil al respecto.

Protocolo de coordinación sociosanitaria. Aprobado en la Comisión Regional de Coordinación Sociosanitaria en su sesión de 18 de julio de 2016. Entre sus principios de actuación habla de poner a las personas en el centro de atención para lo que es necesaria la coordinación de los diferentes sistemas que atienden a las personas con TMG. Habla de Equipo Base de TMG-D es una unidad técnica de coordinación, para la atención de las personas con Trastorno Mental Grave y/o Drogodependencias.

Están representadas, en su caso, las siguientes entidades: Centro de Salud Mental (CSM/CAD). Unidad de Rehabilitación Salud Mental. Centros de Servicios Sociales

de Atención Primaria. Instituto Murciano de Acción Social (**IMAS**). Centros de Salud. Equipos de **Atención Primaria/Hospitalaria**. Centros y servicios gestionados por el **tercer sector**, tanto sanitarios como de servicios sociales, que contractualmente o con otras formas de vinculación con la Administración Pública, atiendan al colectivo de personas con TMG-D.

BIBLIOGRAFÍA

Burns, B. J., & Santos, A. B. (1995). Assertive community treatment: An update of randomized trials. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 46(7), 669-675. doi:10.1176/ps.46.7.669 [doi]

Fries, H. P., & Rosen, M. I. (2011). The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 45-50. doi:10.1177/1078390310393509 [doi]

Monago, p.(2006). Tratamiento comunitario asertivo: práctica, consideraciones éticas y rol del trabajador social. *Cuadernos de TRabajo Social*, 19, 7 – 23. Doi: 10.5209/CUTS.8405

Latimer, E. (2005). Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN*, 30(5), 355-359.

Marshall, M., & Lockwood, A. (2011). WITHDRAWN: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4):CD001089. doi(4), CD001089. doi:10.1002/14651858.CD001089.pub2 [doi]

McHugo, G. J., Hargreaves, W., Drake, R. E., Clark, R. E., Xie, H., Bond, G. R., & Burns, B. J. (1998). Methodological issues in assertive community treatment studies. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 246-260.

Monroe-DeVita, M., Morse, G., & Bond, G. R. (2012). Program fidelity and beyond: Multiple strategies and criteria for ensuring quality of assertive community treatment. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 63(8), 743-750. doi:10.1176/appi.ps.201100015 [doi]

Olfson, M. (1990). Assertive community treatment: An evaluation of the experimental evidence. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(6), 634-41; discussion 649-51.

Phillips, S. D., Burns, B. J., Edgar, E. R., Mueser, K. T., Linkins, K. W., Rosenheck, R. A., . . . McDonel Herr, E. C. (2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52(6), 771-779. doi:10.1176/appi.ps.52.6.771 [doi]

Rosen, A., Mueser, K. T., & Teesson, M. (2007). Assertive community treatment—issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(6), 813-825.

SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN SOBRE ENFERMEDADES RARAS (SIO)

Dña. Isabel Fernández Aldeguer.

Trabajadora Social, técnico del SIO, responsable de la Delegación FEDER Murcia.

Palabras clave: Enfermedades raras, información, coordinación, atención socio sanitaria.

Resumen: Las enfermedades raras (ER) también denominadas poco frecuentes (EPF) engloban una diversidad amplia de desórdenes y síntomas que varían no solo según la enfermedad concreta sino también según el paciente que sufre la misma enfermedad.

Si hablamos de cifras, la OMS calcula que hay más de 7.000 enfermedades raras diferentes, las cuales afectan al 7% de la población mundial. Ello quiere decir que en España hay más de 3 millones de personas que conviven con este tipo de patologías y la estimación para la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia es de más de 80.000. He aquí la llamada “paradoja de la rareza” ya que, aunque cada una de las enfermedades de forma aislada sea muy poco frecuente, en su conjunto afectan a una gran población.

Las enfermedades raras son, en su mayor parte, crónicas y degenerativas. De hecho, el 65% de estas patologías son graves e invalidantes.

Uno de los principales problemas a los que se enfrentan las personas con EPF, desde el primer momento, es la falta de información sobre la enfermedad que conduce a un peregrinaje doloroso para las familias. Desconocimiento, incertidumbre y la ausencia de expertos y personas de referencia sobre la enfermedad provocan situaciones de inestabilidad en el entorno familiar.

La Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) lleva más de 15 años trabajando por defender los derechos de quienes conviven con enfermedades poco frecuentes en España. Desde FEDER consideramos imprescindible brindar atención a un nivel biopsicosocial y desde un modelo de intervención multidimensional centrado en la singularidad de las familias y sus necesidades, en los apoyos disponibles, en el desarrollo de las competencias y de la resiliencia, y en la organización de servicios centrados en el usuario y coordinados con todos los servicios que ofrece la comunidad, siendo estos factores de cambio que ofrezcan la posibilidad de crear un nuevo proyecto de vida para estas familias.

De ahí la razón de ser de nuestros servicios de atención directa como es el Servicio de Información y Orientación (SIO) de FEDER, considerado el primer servicio especializado en enfermedades raras en España. Surgió con el objetivo de facilitar la

información y el apoyo necesario para paliar el aislamiento y la desorientación de las familias. En la actualidad, con más de 17 años de experiencia, representa en FEDER un servicio altamente especializado por contar con profesionales de Trabajo social, bióloga, abogado, educadora y un Comité Científico de 22 profesionales de distintas especialidades.

El servicio cumple una doble finalidad, pues además de brindar atención directa, genera conocimiento acerca de la realidad de nuestro colectivo meta.

El Servicio de Información y Orientación de FEDER (SIO) es una de las primeras líneas de ayuda sobre enfermedades raras que se creó en Europa, referencia a nivel europeo y mundial, puesto que es un servicio atendido por profesionales, que proporciona una atención personalizada de calidad y que posee su propio registro de enfermedades raras que se nutre de las patologías que padecen las personas que consultan al servicio, mediante un protocolo elaborado para la identificación de una ER.

El SIO pertenece a la Red Europa de Líneas de Ayuda de Enfermedades Raras y colabora en diversos proyectos, posicionamientos y publicaciones sociales sobre las enfermedades raras.

Contenido: Las enfermedades raras son aquellas que tienen una baja incidencia en la población. Para ser considerada como rara, cada enfermedad específica sólo puede afectar a un número limitado de personas. Concretamente, cuando afecta a menos de 5 de cada 10.000 habitantes.

Sin embargo, las patologías poco frecuentes afectan a un gran número de personas, ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cerca de 7.000 enfermedades raras que afectan al 7% de la población mundial. En total, se estima que en España existen más de 3 millones de personas con enfermedades poco frecuentes.

Por esta razón, cualquier persona puede sufrir una patología poco frecuente, en cualquier etapa de la vida.

La Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) entiende que la atención a las personas afectadas por una enfermedad poco frecuente debe ser integral y dar cobertura también a sus familias y a su entorno próximo, y por ello las actuaciones que se ofrecen deben ser plurales e integradoras:

El SIO, representa en FEDER el servicio más especializado por contar con profesionales de Trabajo social, bióloga, abogado, educadora y un Comité Científico de 22 profesionales de distintas especialidades: endocrino, genetista, farmacia, terapia ocupacional, neurología, internista, unidad del dolor, etc...y más de 16 años de experiencia

Desde el Servicio de Información y Orientación de FEDER, no sólo se atiende a las personas con enfermedades poco frecuentes y sus familias sino a cualquier persona interesada en ampliar conocimiento sobre las mismas. Podemos afirmar que el Servicio cumple una doble finalidad:

- Atención directa integral porque se atiende por un equipo multidisciplinar
- Genera conocimiento acerca de la realidad del colectivo

Las exigencias que tienen que afrontar las familias son financieras, físicas, médicas, sociales y emocionales, por ello es fundamental que las familias tengan además redes de apoyo social natural y redes de apoyo social organizado, para contribuir en potenciar las fortalezas y ser fuente de recursos.

La realidad según los Datos del Estudio de Necesidades Socio-sanitarias de afectados por Enfermedades Raras en España (Estudio ENSERio I):

- El 78% de los afectados considera que ha sido tratado de modo inadecuado alguna vez por algún profesional sanitario.
- El 56% de los afectados considera que la principal razón del trato inadecuado se basa en la falta de conocimientos sobre la enfermedad.
- El 20% de los afectados que han sufrido una demora diagnóstica ha necesitado atención psicológica.
- El 76% de los afectados se ha sentido discriminado en relación a su enfermedad.
- 1 de cada 4 personas afectadas tiene difícil o imposible acceder a los productos sanitarios que necesitan.
- El 35% de los afectados están insatisfechos con el grado de discapacidad reconocido. Consideran que no se les hizo una valoración adecuada por falta de conocimientos sobre la enfermedad.
- Sólo uno de cada 5 afectados tiene el reconocimiento de la Ley de Dependencia

Ante estas necesidades FEDER pone a la disposición de cualquier persona el SIO. Se trata de un servicio gratuito que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con una ER y sus familias facilitando el acceso a información de calidad, así como acogiendo, apoyando y orientando a las personas que consultan.

Además, desde el SIO fomentamos la creación e impulso de redes de afectados, familiares y profesionales y facilitamos información a nuestras administraciones para que se mejore la atención de las personas afectadas.

Contamos con la colaboración de un Comité Asesor especializado y técnicos con amplia experiencia para ayudar a todas las personas que necesiten orientación en enfermedades poco frecuentes.

Actualmente esta es la única línea de Atención Integral para las personas con enfermedades poco frecuentes en España.

El SIO es un Servicio de Información y Orientación sobre Enfermedades Raras, ofertado desde FEDER como respuesta a las consultas que, desde el comienzo de las actividades de la Federación, comenzaron a realizar:

Personas afectadas por una ER codificada, personas afectadas por una ER sin código, familiares, asociaciones de FEDER, otras Asociaciones. Estudiantes, profesionales, organismos relacionados con las ER. Fundamentalmente de España pero también atendemos a personas de otros países.

METODOLOGIA DE TRABAJO

1 Responsable del Servicio, Trabajadora Social

6 TRABAJADORAS SOCIALES, UBICADAS EN BADAJOZ, BILBAO, MADRID, MURCIA, VALENCIA, SEVILLA

1 BIÓLOGA, BARCELONA.

Reuniones de equipo On line y presenciales, formación de los nuevos técnicos y seguimiento.

Call Center (918221725) atendido de lunes a viernes de 8 a 19:30 se reciben hasta 7 llamadas simultáneamente y el resto del tiempo por registro de mensajes.

Mail al sio@enfermedades-raras.org

Atención presencial en las delegaciones de FEDER con Técnico SIO

Estamos en la web de FEDER:

http://enfermedades-raras.org/index.php?option=com_content&view=frontpage&layout=frontpage&Itemid=231

Trabajamos con un protocolo de actuación y una base de datos SQL SERVER inscrita en la Agencia Española de Protección de datos con el nº 2070990403, para la recogida y estructuración de la información.

DIAGRAMA PROCEDIMIENTO IDENTIFICACIÓN NECESIDADES SIO



Gráfico 1: Procedimiento Identificación Necesidades. Fuente: Protocolo de actuación SIO

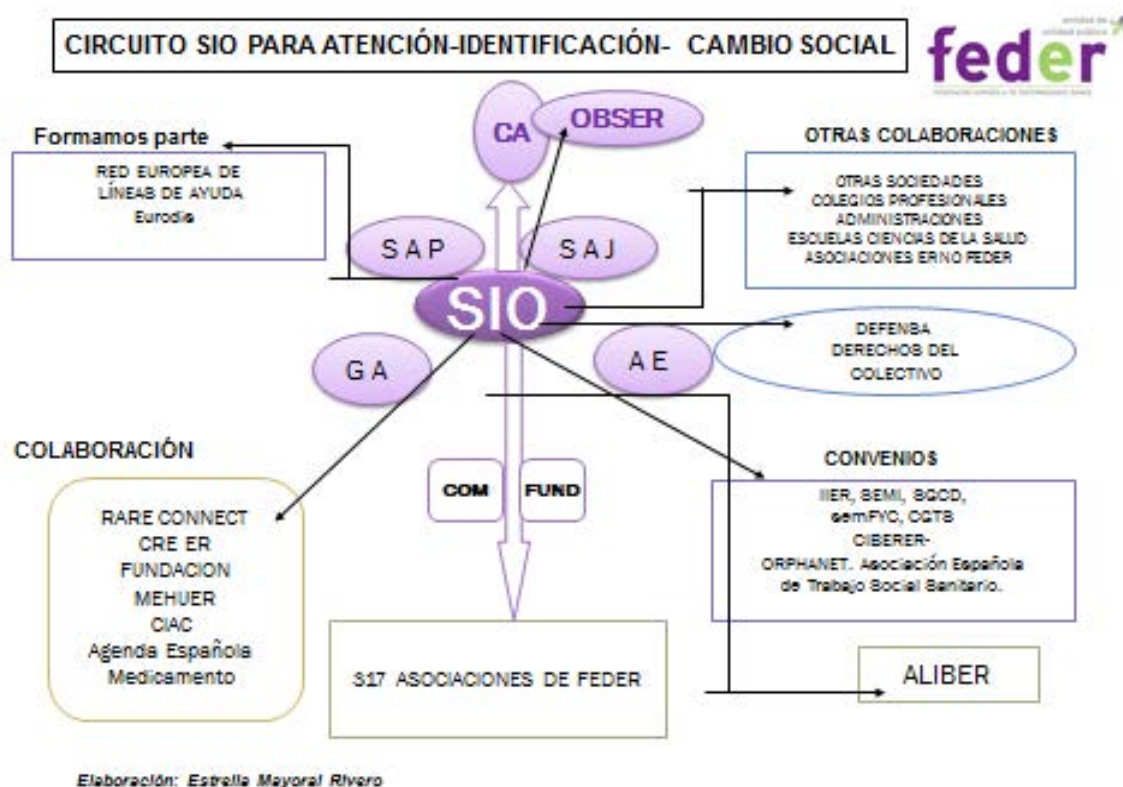


Gráfico 2. Circuito SIO para la Atención-Identificación-Cambio Social. Fuente: Protocolo de actuación SIO.

El SIO en su proceso de atención que ayuda a definir las necesidades de las personas afectadas, sus familiares y los profesionales.

- El SIO permite conocer las necesidades de las personas afectadas y esto ayudara a desarrollar la acción social mediante la elaboración de propuestas de mejora basadas en el conocimiento de la realidad que puedan promover el CAMBIO SOCIAL.

- Desde el SIO fomentamos la visibilidad, el sentimiento de pertenencia al colectivo en contra de la exclusión.
- Hacemos visible las NECESIDADES no cubiertas de las personas afectadas por enfermedades poco frecuentes.
- El SIO desarrolla una labor de generación de recursos.
- El SIO evidencia vacíos en la atención de las necesidades del colectivo de personas afectadas por ER.
- Favorece la coordinación entre profesionales Sociosanitarios.
- Ampliamos la relación con otras entidades que nos ayuden a facilitar la mejor atención.
- Promueve la creación de normativas en las CC.AA mediante el análisis de las consultas recibidas para que se mejore la atención de los afectados por ER.
- Elaboramos informes y estudios para que nuestras administraciones puedan hacer una planificación sanitaria, educativa, laboral, social que dé respuesta a las ER.
- Promueve y fundamenta la defensa de derechos del colectivo ER.
- Genera documentación estadísticas de las necesidades del colectivo atendiendo cada vez más a la especificidad de los resultados.
- Difunde la problemática de los afectados y sus familias a la sociedad
- Atención social a través de los trabajadores sociales y un biólogo (problema de acceso a tratamientos)
- Orientación a las personas sin diagnóstico: lo diferenciamos como una atención específica dentro del SIO porque está suponiendo el 30 % de las consultas que recibimos y hemos tenido que articular un protocolo específico donde participa activamente el Comité Asesor de FEDER y más concretamente el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras
- Asesoría Jurídica que presta el asesor jurídico directamente o a través de acuerdos de colaboración con abogados. Hemos articulado sistemas pro bono a través de convenios para las personas que requieren una atención más especializada y/o mayor tiempo de atención
- Creación de redes de pacientes y seguimiento de las mismas. Normalmente primero se consolida la red de pacientes y luego se crea la asociación. A veces la red de pacientes no se formaliza en Asociación pero mantiene una actividad de intercambio de información suficiente para las familias y personas afectadas. En ambos casos acompañamos a las personas.

- Apoyo en la inclusión Educativa, en los casos de presunta discriminación en el aula, gestionando el apoyo a la familia y actuando como mediador entre el Centro y la administración competente

El SIO ha promovido la creación y dota de Información al Observatorio de las Enfermedades Raras (OBSER).

- Análisis de las necesidades y problemáticas de los afectados por ER
- Promoción de una imagen positiva de la discapacidad en ER.

Desde el SIO fomentamos la visibilidad, el sentimiento de pertenencia al colectivo en contra de la exclusión.

- Nuestra intervención trasciende a la atención de una única persona para poder conocer las necesidades del colectivo y actuar al respecto.
- Hacer visible las NECESIDADES no cubiertas de las personas afectadas por enfermedades poco frecuentes.
- Detectar los vacíos legales con respecto a la atención a este colectivo.
- Ampliar la relación con otras entidades que nos ayuden a facilitar la mejor atención.
- Elaboración de informes y estudios para que nuestras administraciones puedan hacer una planificación sanitaria, educativa, laboral, social que dé respuesta a ER.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.

La base de datos que utiliza el SIO es una SQL Server inscrita en la Agencia Española de Protección de datos con el n° 2070990403.

La información recogida solo puede ser usada para el propósito para el cual ha sido recopilada.

La información personal solo puede ser manejada con el permiso de la persona que la facilita.

Tenemos que tener muy presentes que trabajamos con los datos más sensibles (personales y sanitarios), estamos obligados por ley a protegerlos y no facilitarlos a nadie sin consentimiento expreso.

Los informes que emitamos siempre serán anonimizados.

Siempre respetaremos a la hora de recoger datos los que el usuario quiera facilitarnos.

Hemos mejorado nuestro método de evaluación para dar un servicio con más calidad, utilizando:

Cuestionario de evaluación para los profesionales.

Hoja de quejas y sugerencias en la Web.

Testimonios de las personas que nos consultan

Encuestas de satisfacción sobre el servicio para quienes nos consultan:

A) encuesta instantánea en el call center,

B) encuesta en correo mediante enlace. Para poder mejorar nuestra calidad de servicio te invitamos a dejar tu opinión sobre la atención recibida:

<http://tinyuri.com/cwwe4ja>

Algunos datos relevantes del SIO desde sus inicios:

Ha respondido 50.046 consultas procedentes de 31764 personas.

Ha atendido consultas de 1865 enfermedades distintas.

Ha identificado 492 especialistas de referencia que dan cobertura a 1000 ER distintas.

Ha facilitado la formación de 180 asociaciones de ER.

Ha promovido la formación de 204 redes de pacientes.

ha dado servicio a 5591 profesionales,

Ha atendido consultas de 20 países de Hispanoamérica.

Ha atendido 5494 consultas de Hispanoamérica.

Con todo ello el SIO ha contribuido a:

Mejorar la calidad de vida de los afectados por ER. Romper la cadena de aislamiento de los afectados y crear una red de información, conocimientos y solidaridad.

Facilitar el proceso diagnóstico en casos de retrasos y complejidad.

A la inscripción de afectados en el registro nacional de ER del IIER para poder hacer estudios epidemiológicos, investigación.

<http://registroraras.isciii.es/Comun/inicio.aspx>

Con buenas practicas a las Líneas de ayuda Europeas.

<http://www-eurordis.org/es/content/encuentre-informacion-o-consiga-ayuda-para-una-enfermedad-rara>

Favorecer la coordinación entre profesionales sociosanitarios.

Promover la creación de normativas por parte de las CCAA mediante el análisis de las consultas recibidas para que se mejore la atención de los afectados por ER.

Generar documentación estadística de las necesidades del colectivo atendiendo cada vez más a la especificidad de los resultados. A través observatorio

Difundir la problemática de los afectados y sus familias a la sociedad. Artículos en medios comunicación, participación foros, boletines, posicionamientos etc

Referencias Bibliográficas

Eurordis: Sobre las Enfermedades Raras [Internet]. European Organization for Rare Diseases;

Disponible en: <http://www.eurordis.org/es/enfermedades-raras>.

Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) (2009) Estudio sobre situación de necesidades sociosanitarias de las personas con enfermedades raras en España. Estudio ENSERio. Caja Madrid: Madrid.

Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) (2013) Por un modelo sanitario para la atención a las personas con enfermedades raras en las comunidades autónomas. Estudio ENSERio2. FEDER, Madrid.

Fernández, J. S. et al. (2013) Políticas sociales y enfermedades poco frecuentes. Murcia: Diego Marín.

FEDER: Las enfermedades raras en cifras [Internet]. Federación Española de Enfermedades

Raras. Disponible en: <http://www.enfermedades-raras.org/index.php/enfermedades-raras/enfermedades-raras-en-cifras>.

Orphanet: Sobre las enfermedades raras [Internet]. Disponible en: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education_AboutRareDiseases.php?lng=ES

TRABAJO EN RED: VÍNCULOS HUMANOS Y SOPORTE INSTITUCIONAL

Dña. Rosa Ortega Navarro
Trabajadora social en UTS de Yecla

Dña. Mercedes Guillén Torres
*Trabajadora social, Técnica de Gestión del Servicio de Planificación y Evaluación de la
Dirección General de Familia y Políticas Sociales.*

PALABRAS CLAVE.

Trabajo en red – Corresponsabilidad – Actuaciones sinérgicas – Sanidad–Servicios sociales.

RESUMEN.

El concepto de Trabajo en Red es uno de los términos más escuchados en los debates sobre inquietudes y aspiraciones profesionales. La eterna asignatura “semipendiente” de la intervención comunitaria, y la coordinación institucional, son aspectos del trabajo social a menudo descuidados y postergados.

La presente comunicación pretende bajar de lo teórico a la concreción de una experiencia de trabajo en red. En nuestro caso la de la puesta en marcha y funcionamiento a nivel local del equipo base y de la comisión de coordinación sociosanitaria en trastorno mental grave y drogodependencia (TMG-D). Se trata de entrar en el detalle de la práctica, abordar las dificultades encontradas, las resistencias personales, las trabas de procedimiento o institucionales, y cómo se han solventado en nuestro caso. Es importante explorar además algunas CLAVES del trabajo en red y de la coordinación institucional.

1. SITUACIÓN PREVIA.

En el ámbito del municipio de Yecla, hemos gozado siempre de reconocimiento mutuo entre el Centro de Servicios Sociales y el Centro de Salud Mental. No es ajeno el hecho de que compartiéramos edificio durante años, y así era más patente que también compartíamos usuarios o pacientes y realidades sociales. En este contexto se producía la coordinación puntual respecto a un caso concreto, siempre con cautela respecto a la obligación respectiva de confidencialidad, siempre con reservas, y sin tener demasiado claro hasta dónde se podía ir.

Se ha tratado durante años por tanto de intercambios informales y ocasionales, cuando lo exigía la orientación de un caso concreto, y desde luego sin la

connivencia o el aval de las respectivas instituciones. Aquella relación constituyó los pilares del modelo de trabajo conjunto actual, y tuvo la virtud de crear una base de relación humana, del reconocimiento espontáneo del otro y de la puesta en valor de su criterio profesional. Sin embargo, adolecía de formalidad, y por tanto de visibilidad y reconocimiento, y no existía constancia ni validez de los acuerdos.

2. PROTOCOLO DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE O DROGODEPENDENCIA (TMG-D).

La Orden de 2 de marzo de 2006, conjunta, de las Consejerías de Sanidad y de Trabajo y Política Social, establece las bases para la coordinación de actuaciones relativas a la atención sociosanitaria en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, derivándose de esta Orden la creación en 2006 de la Comisión Regional de Coordinación Sociosanitaria.

La necesidad de abordar de manera preferente las cuestiones derivadas de la atención a personas con Trastorno mental grave y/o drogodependencias, provoca la creación en el seno de esta Comisión Regional, de otra Comisión específica centrada en la atención a estas personas.

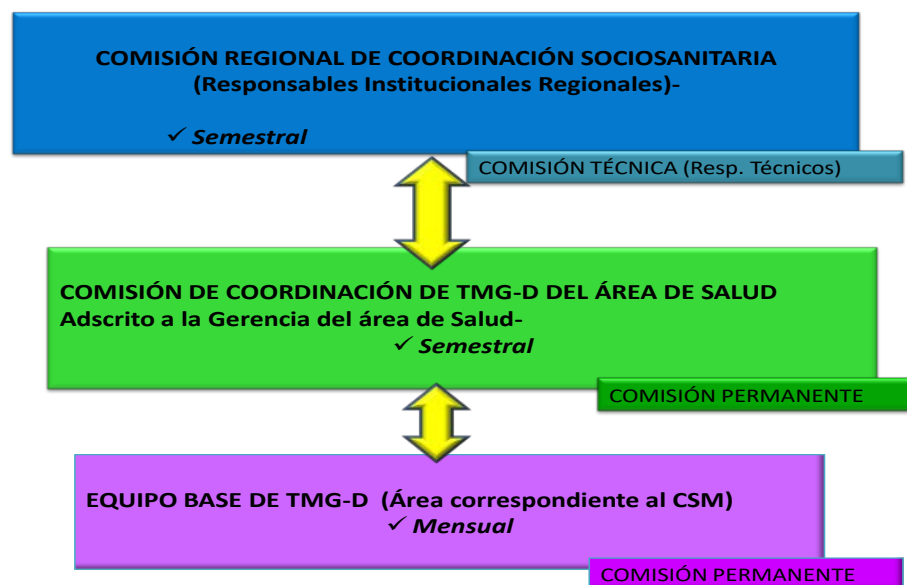
El grupo de trabajo técnico que se encarga de implementar las actuaciones encaminadas a este objetivo, basado en las demandas de los profesionales que trabajan directamente con los usuarios, se propone como una de sus tareas esenciales la elaboración de un PROTOCOLO DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y/O DROGODEPENDENCIA que configure un marco formal de coordinación que favorezca la atención centrada en las personas a través de un abordaje integral que afecte a todas las áreas de la vida (sociales, laborales, legales, educativas, entre otras), que deben ser consideradas como componentes de la propia enfermedad, ya que repercuten en su realidad personal y social.

El protocolo se estructura en tres niveles. En cada uno de los niveles, se ha designado un subgrupo cuyo cometido esencial es garantizar el funcionamiento, salvaguardándolo, y advirtiendo en su caso de las dificultades:

- **La Comisión Regional**, integrada por responsables políticos institucionales que ostentan la responsabilidad última. Esta delega a su vez en la Comisión Técnica Sociosanitaria Regional en TMG-D, integrada por responsables técnicos de los respectivos ámbitos, para la supervisión del buen funcionamiento del protocolo, adoptar iniciativas de formación y orientación, etc. Sobre esta Comisión Técnica o grupo de trabajo recayó la responsabilidad de la ideación, estructuración y elaboración de la red presentada como Protocolo de Coordinación Sociosanitaria en TMG-D, objeto de la presente comunicación.

- **La Comisión de Coordinación de TMG-D del área de salud**, integrada por los jefes o directores de los servicios públicos implicados en la zona geográfica concreta del área de salud, incluyendo el tercer sector. Este ámbito tiene la responsabilidad de asegurar la coordinación en su área, por medio de la formación, dotación de recursos, análisis de necesidades, etc. Una selección de sus integrantes constituyen la llamada “Comisión Permanente”, encargada de asegurar el funcionamiento, o advertir de las dificultades en su caso.
- **El Equipo Base de TMG-D** se sitúa en última instancia (o en primera por orden de aparición en el protocolo), y es la unidad operativa en la que se abordan, caso a caso, o realidad a realidad, la atención común y sinérgica de las personas puestas en el foco de esta red de funcionamiento. Está integrada por los técnicos que intervienen directamente en el caso, tanto desde el ámbito de la Atención Primaria de Salud, como desde el Centro Municipal de Servicios Sociales, Centro de Salud Mental, o entidades del tercer sector que prestan servicios en éste ámbito. Como en el nivel anterior, una selección de sus integrantes constituyen la llamada “Comisión Permanente”, encargada de asegurar el funcionamiento, o advertir de las dificultades en su caso.

FIGURA 1: ESTRUCTURA REGIONAL DEL COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA EN TMG-D



FUENTE: Elaboración propia a partir del Protocolo de coordinación socio sanitaria en la atención a personas con trastorno mental grave y/o drogodependencia (TMG-D)

Siendo esencial la existencia de las Comisiones de Coordinación Regional y de Área, por cuanto constituyen los niveles que dan cobertura, legitimidad y apoyo a los Equipos Base, vamos a poner el foco en este último nivel, que es el que sustenta la atención directa a las personas. El contenido completo del protocolo se puede consultar en la siguiente página web:

[https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=54379&IDTIPO=100&RASTRO=c887\\$m](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=54379&IDTIPO=100&RASTRO=c887$m)

3. EL EQUIPO BASE DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN TRASTORNO MENTAL GRAVE Y/O DROGODEPENDENCIAS (EB).

3.1.1. Definición: El texto del protocolo define el Equipo Base como sigue: *“Es una unidad técnica de coordinación para la atención de las personas con Trastorno Mental Grave y/o Drogodependencias, que constituye un **instrumento formalizado de relación** entre los servicios sociales, sanitarios, el tercer sector y otros, más próximos al ciudadano, para la **gestión adecuada de aquellos casos** que, en el ámbito de la salud mental y drogodependencias, y, en concreto, los relacionados con el precitado trastorno, **requieran de forma sucesiva o simultánea** de intervención de los servicios de los diferentes sectores antes descritos (incluido el judicial).”*

Tres aspectos fundamentales destacan de dicha definición:

- El nivel técnico, que asegura un “entendimiento profesional” incluso cuando hablamos del tercer sector. Esto deja para otro ámbito la participación de los representantes de colectivos y ciudadanía, y pone en común cuestiones delicadas como los respectivos códigos deontológicos.
- Se trata de un instrumento formalizado de coordinación: Esto es, un órgano estable y formal, reconocido por las respectivas instituciones, y cuya misión asignada radica en la coordinación. Este aspecto es fundamental, por cuanto supone la superación de intercambios basados en la buena voluntad o en la emergencia, condicionados a la disponibilidad y predisposición mutua.
- Y finalmente determina el objeto principal, que es la excelencia o mejora en la gestión de casos en el ámbito concreto del trastorno mental grave y drogodependencias, reconociendo y dando un espacio concreto para articular actuaciones simultáneas o sucesivas de los diferentes ámbitos implicados, con el importante detalle de incluir al judicial. Esto reviste una gran importancia y supondrá una mejora significativa en la atención de los casos más graves (incapacitaciones o curatelas, ingresos forzosos, etc.), si bien este sistema tiene que avanzar y afianzar su funcionamiento para encontrar las vías para que el ámbito judicial de integre de forma operativa.

3.1.2. Ámbito territorial: El ámbito territorial de los equipos bases se circunscribe al de cada Centro de Salud Mental (CSM) por cuestiones de operatividad, si bien el protocolo deja abiertas otras posibilidades atendiendo a las circunstancias concretas

de la zona. Es el caso del equipo base de Yecla, que ha comenzado a operar en éste ámbito municipal, cuando el Centro de Salud Mental atiende a dos poblaciones: Yecla y Jumilla. Se ha adoptado de forma espontánea ese criterio, siguiendo la lógica de poner el foco en los casos, y la presencia simultánea de los profesionales y entidades sociales en el mismo territorio.

3.1.3. Funciones: Las funciones se concretan en el texto del protocolo como sigue:

- **Gestión de casos:** *estudiar aquellas situaciones de personas con enfermedad mental del ámbito territorial de influencia del Equipo Base de TMG-D, que precisen de una respuesta conjunta continuada, simultánea o sucesiva por parte de los servicios sanitarios, sociales, etc.*
- *Analizar los casos en común y adoptar soluciones coordinadas en su ámbito de actuación profesional, con una metodología de trabajo compartida.*
- **Intercambiar conocimientos** *relativos a los servicios sociales, servicios sanitarios, grupos formales o informales de apoyo u otros, que puedan mejorar la calidad de la intervención con personas con TMG-D.*
- **Detectar necesidades y déficits formativos** *de los propios Equipos Base de TMG-D, y de los/as profesionales de las entidades integradas en estos, con el fin de promover líneas de actuación que cubran dichas necesidades.*
- **Informar** *a la Comisión de Coordinación de TMG-D del Área de Salud.*
- *Promover en su ámbito territorial de influencia, la creación de estructuras en red, tanto formales como informales, que incidan en el mejor desarrollo de sus funciones, fomentando la coordinación de profesionales, asociaciones, órganos de participación comunitaria, dispositivos asistenciales comunitarios y hospitalarios, centros culturales, lúdicos, laborales, etc.*
- **Proponer iniciativas** *a la Comisión de Coordinación de TMG-D del Área de Salud para la mejora de la atención a las personas con TMG-D.*
- *Aquellas otras que les sean encomendadas por la Comisión de Coordinación de TMG-D del Área de Salud.*

3.1.4. Integrantes: Según se define en el protocolo, los integrantes deben ser:

- Un/a trabajador/a social (TS) y en su caso, uno o más profesionales del Centro de Salud Mental.
- Un TS (y en su caso uno/a o más profesionales facultativos) de la Unidad de Rehabilitación.
- Un/a profesional de cada Centro de Servicios Sociales de AP del territorial de actuación.
- Un/a técnico/a del IMAS.
- Un/a profesional de trabajo social, enfermería o medicina de cada Equipo de Atención Primaria de salud del ámbito territorial de actuación.
- Un/a técnico/a de cada una de las entidades, centros y servicios tanto sanitarios como de servicios sociales que atiendan al colectivo de personas con TMG-D de forma vinculada a la administración (contratos, conciertos, convenios de colaboración, etc.)

- A criterio de cada Equipo Base de TMG-D, podrán integrarse en el mismo, con carácter temporal o permanente, aquellos otros/as profesionales que se consideren necesarios para una correcta gestión de los casos tratados.

La trabajadora social del CSM es la encargada de coordinar el Equipo Base en aplicación de lo previsto en el protocolo. En el caso concreto de Yecla, no existe Unidad de Rehabilitación, y está pendiente de designar el técnico previsto por parte del IMAS. En cuanto al resto, es de reseñar que no acude un único profesional preestablecido por parte de cada ámbito, sino que lo hace cada trabajadora social o cada psiquiatra, psicólogo u otro profesional, que estamos vinculados a la atención del caso a tratar. Cada uno de nosotros puede proponer el someter un caso al Equipo base, e invitar a las entidades que se tiene conocimiento de que actúan con ese paciente. Por lo que respecta al tercer sector, están representados de forma permanente a través de sus técnicos la Asociación de Familiares y Enfermos Mentales de Yecla (AFEMY), y la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados y otras Adicciones de Yecla (ARY). Existe la previsión de poder invitar a la Unidad de Familia del Cuerpo Nacional de Policía (UFAM), por cuanto se cuenta con su colaboración en numerosos casos.

3.1.5. Comisión permanente: Tal y como se explica anteriormente, el protocolo prevé que una selección de los integrantes del Equipo Base constituyan una Comisión permanente para asegurar su funcionamiento. Se trata de la trabajadora social del C.S.M en su calidad de Coordinadora del EB, un profesional del C.SS.SS. (en nuestro caso Trabajadora Social), un profesional del Trabajo Social o sanitario del Equipo de Atención Primaria de Salud (en nuestro caso la Trabajadora Social).

4. EL PUNTO DE PARTIDA: CELEBRACIÓN DEL ENCUENTRO SOCIOSANITARIO PARA LA MEJORA EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE O DROGODEPENDENCIA.

La puesta en contacto de todos los ámbitos y las personas citadas en los apartados anteriores no es una cuestión fácil. Menos aún lo es implicarlos e ilusionarlos para construir la red de coordinación que se pretendía. Por mucho que hubiéramos recibido una orden institucional, se corría el riesgo de que las diferentes prioridades de cada cual y la urgencia de los quehaceres diarios respectivos postergara peligrosamente la tarea.

En este sentido, la Comisión Técnica Regional tuvo el acierto de proponer la celebración de un “Encuentro sociosanitario para la mejora en la atención de personas con trastorno mental grave o drogodependencia”, y el buen hacer de saber implicar a los máximos responsables técnicos y políticos. Esto llevaba consigo un

acto público de compromiso que fue fundamental en la puesta en marcha posterior del sistema de trabajo en red.

El evento se desarrolló a lo largo de una sola jornada, tiempo suficiente para el encuentro respectivo, y justo para permitir cuadrar agendas. Por parte del Centro de Servicios Sociales de Yecla, se cuidaron el espacio y los detalles, la invitación a los medios locales de comunicación y a entidades tan importantes como las fuerzas de orden público, el tercer sector, los diferentes grupos políticos, etc. de manera que el realce del momento evitara que los compromisos y expectativas mutuas cayeran en el olvido.

El programa de la jornada incluyó:

- La presentación institucional, que vino a suponer el respaldo político y corporativo, en una convención de personalidades locales y regionales nunca vista hasta el momento en asuntos del ámbito de lo social en el ámbito de nuestro municipio. Se presentaba formalmente en nuestra zona el recién publicado Protocolo Regional de Coordinación Sociosanitaria en Trastorno Mental Grave y Drogodependencia
- Siguieron unas breves comunicaciones sobre la atención desde los respectivos sistemas y servicios. Representantes del ámbito sanitario, el de Servicios Sociales, y el Tercer Sector explicamos en plenario de forma sucesiva nuestra perspectiva de atención al TMG-D, visualizando nuestros puntos de coincidencia, nuestros entramados, dificultades y retos recíprocos. Fue un primer momento de pararse a conocer el mundo del otro, y valorar lo que con demasiada frecuencia minimizamos.
- Sobre esa base se realizaron los talleres de trabajo, que se plantearon agrupando profesionales de los diferentes ámbitos pertenecientes a la misma zona geográfica, y que por tanto estábamos llamados a encontrarnos en la práctica, o lo habíamos hecho ya sin consensos previos.
- Se finalizó con el plenario, dónde los portavoces de los distintos talleres aportaron sus sugerencias, propuestas, y compromisos prácticos que acababan de empezar a germinar.

La celebración de este Encuentro fue por tanto un punto de partida estratégico en la construcción del sistema de coordinación a nivel local. En una sola jornada, se consolidaron aspectos tan importantes como:

- ✓ El aval institucional y el reconocimiento político.
- ✓ El conocimiento y el compromiso de los superiores institucionales con el proyecto.
- ✓ El respaldo técnico de personas que constituyen referentes profesionales para los técnicos que nos ceñimos a nuestro pequeño ámbito territorial.

- ✓ El conocimiento mutuo y el reconocimiento como iguales de los técnicos de diferentes profesiones que estábamos llamados a iniciar el trabajo conjunto.

El espacio y la oportunidad, permitieron la ruptura de las rutinas y el recuerdo y planteamiento de nuestras respectivas inquietudes y propuestas creativas respecto al tema tratado, y descubrimos que todos teníamos algo que aportarnos.

5. RESISTENCIAS, MIEDOS Y DIFICULTADES.

Entre los porqués de las dificultades de iniciar un buen trabajo en red, no está solo el distinto nivel de interés o motivación ajeno, los problemas para contactar, ponerse de acuerdo en los horarios y frecuencias, etc. En nuestro fuero interno, a veces sin incluso hacerlas conscientes, nos asaltan dudas que nos frenan: ¿Y si nos sentimos cuestionados/as? ¿Qué prejuicios tenemos de “los otros” profesionales? ¿Estamos realmente seguros/as de nuestra competencia profesional, y de que vamos a saber mostrarla? ¿Cómo van a interpretar mis jefes o mis usuarios tantas ausencias del puesto de trabajo? “¡Con lo que tengo que hacer!”, “total, lo soluciono tirando del teléfono!”, ¿Me comprometerán a acciones que no comparto?... Si queremos superar estas trabas, tenemos que afrontar nuestras propias resistencias, perezas o miedos, porque esto implica inicialmente salir de nuestra rutina y nuestra zona de confort, y estar abierto/a a otras formas de trabajar...

6. LOS VÍNCULOS HUMANOS COMO BASE TRANSVERSAL DE UN BUEN TRABAJO EN RED.

La ideación y puesta en marcha de una estructura de coordinación que resulte funcional tienen un valor y una dificultad sin duda inestimables. Sin embargo, el sustrato del trabajo en red es el desarrollo de los vínculos profesionales y humanos.

En lo próximo, en la tarea común, caen los corporativismos y los prejuicios. Y sólo cuando nos “bajamos” de nuestros respectivos cargos y certezas para colocarnos en un mismo plano y hacia unos mismos objetivos, tenemos el clima adecuado para obtener los mejores resultados. De pronto, no sólo no nos encontramos solos, sino que tenemos esa compañía en las cuestiones profesionales que más nos angustiaban.

7. MECÁNICA DE FUNCIONAMIENTO.

La mecánica de funcionamiento se ha ido gestando de forma natural a lo largo de este año, muchas veces desde indicaciones concretas del protocolo, y otras adaptando el mismo desde el sentido común aplicado a nuestra realidad.

Quién convoca: La convocatoria formal la realiza la Trabajadora Social del Centro de Salud Mental en su condición de coordinadora del equipo. Sin embargo, cada uno de los profesionales del equipo base puede proponer el estudio de alguno de sus casos, indicando los profesionales o ámbitos que sabe que trabajan también con esa

persona. Esas propuestas se remiten a la coordinadora con al menos una semana de antelación, y ésta consensua las prioridades y reenvía la información.

A quiénes: Se convocan en consecuencia a los profesionales del Centro de Servicios Sociales, Centro de Salud Mental y del tercer sector que estén interviniendo en un caso concreto, así como a la trabajadora social de los dos centros de salud de atención primaria que se encarga en este caso de trasladar la información a los compañeros/as de su ámbito. El equipo consensuó desde un principio la posibilidad de la participación directa de otros profesionales no previstos a priori, como médicos de familia, agente de la Unidad de Familia y Mujer del Cuerpo Nacional de Policía, técnica del CAVI, etc.

Cuándo: La frecuencia predeterminada es mensual. En este caso se ha fijado el último jueves de cada mes, de forma que las agendas respectivas ya recogen la tarea.

Cómo: La convocatoria y el envío de documentación se realizan por correo electrónico. Topábamos aquí con la cuestión de la protección de datos, que solventamos encriptando los documentos bajo una clave común.

Qué tratamos: Las sesiones se dividen en dos partes. Una primera parte genérica, dónde abordamos cuestiones generales, acuerdos sobre formas de trabajar, soportes documentales, comunicaciones a instancias superiores, problemáticas del área a abordar, etc. Otra parte específica dedicada a la exposición y propuestas en relación a casos de mayor dificultad, en los que se sopesa la oportunidad de las posibles estrategias o acciones, y se acuerdan las tareas respectivas a las que nos comprometemos. Pasado un tiempo, los casos vuelven a llevarse para la evaluación de resultados y replanteamiento de la continuidad de la intervención común.

Cuánto tiempo le dedicamos: La duración de las reuniones no se alarga más de dos horas. El equipo se ha autoimpuesto la disciplina de dedicar un máximo de 15 minutos por caso, en pro de la eficacia del sistema de coordinación, y se suelen abordar unos cuatro casos por sesión.

Cómo se deja constancia: Se han elaborado varios soportes para la constancia de los acuerdos: El acta, la propuesta de caso para convocatoria, el plan de trabajo compartido, y la autorización de intercambio de datos por el usuario o paciente.

8. LOS SOPORTES DE TRABAJO.

El acta: es un documento convencional que da fe de los asistentes, los asuntos generales tratados y los casos estudiados.

La propuesta de caso: Documento básico que recoge el ámbito y el profesional proponente, el usuario o paciente que se propone, y los profesionales o entidades a convocar al respecto.

El Plan de trabajo compartido: Reproduce el encabezamiento del documento anterior en cuando al paciente o usuario y al profesional proponente, que será en adelante el “gestor del caso”. Recoge una breve descripción de la situación en el momento de su estudio, los objetivos planteados en común, y los acuerdos de actuaciones respectivas desde cada ámbito

La autorización de intercambio de datos por el usuario o paciente. El documento se ha sometido a los servicios jurídicos de las distintas entidades, de manera que quedara garantizada la adecuada información y consentimiento de la persona interesada.

9. EL RESPALDO Y VALIDACIÓN INSTITUCIONAL.

El reconocimiento de las respectivas instituciones, y aún más, el mandato de esta forma de trabajo tienen un valor inestimable y constituyen un cambio drástico respecto a la situación anterior. Supone la legitimación de una forma de hacer: La creación de espacios en la jornada y horario laboral, la inclusión en las agendas respectivas, la constancia de la tarea, las autorizaciones de desplazamientos, el respaldo jerárquico y la exigencia de evaluación, reportes, y memorias.

10. FORTALEZAS.

Mejora de la visión y abordaje del caso: El día a día de la coordinación nos viene revelando cómo hemos podido percibir a una persona o situación desde un solo foco, y ese esclarecimiento y mejora de la perspectiva nos permite una mejor comprensión y respuestas coherentes y unificadas

Mejora significativa de la respuesta al usuario/paciente: Al mismo tiempo, las respuestas que genera el estudio conjunto de un caso son más integrales, completas y unificadas, evitando contradicciones.

El usuario/paciente se siente “especial”. En general, y salvo susceptibilidades propias de algunas patologías, el paciente se siente “especial” cuando se le plantea llevar su caso a comisión. Percibe que se hace realmente todo lo que se puede, y que nuestro interés por su situación es genuino, sumando con ello puntos en la confianza en el sistema y en los profesionales.

Mayor agilidad en las derivaciones. A partir del momento en que el caso pasa de ser “de todos”, en vez de ser “de servicios sociales”, o “de sanidad”, se caen las barreras y los obstáculos. Cada cual asume la urgencia que se pueda plantear, y se adaptan agendas y se agilizan procedimientos.

Alivio de la carga emocional del profesional. Es sabido que uno de los factores de protección del riesgo psicosocial de nuestras profesiones es el trabajo en equipo. Especialmente en el tipo de realidades que aborda el equipo base, la atención unilateral nos colocaba bajo presión, con la carga de tener la exclusiva responsabilidad sobre el caso. En este sentido el trabajo conjunto es un bálsamo inestimable, por cuanto podemos acompañarnos, realizar atenciones conjuntas, echar mano del teléfono, demandar un relevo...

Crecimiento y enriquecimiento profesional. Todo lo anterior revierte además en una superación de nuestro exclusivo ámbito técnico de conocimientos. Las reuniones conllevan un imperceptible crecimiento, un aprendizaje del otro, que se va extrapolando y aplicando en los casos sucesivos y en el quehacer diario.

Sensación de valoración y reconocimiento profesional: La oportunidad de recibir feed-back respecto a nuestro trabajo desde personas de otros ámbitos y especialidades, conlleva ese reconocimiento y valoración, tan importantes en el mantenimiento de la motivación y la búsqueda de la excelencia.

Los profesionales del tercer sector se sienten tenidos en cuenta, tratados como iguales. Se ha roto la barrera invisible del corporativismo y la oficialidad, y con ella las susceptibilidades o juicios recíprocos.

11. DEBILIDADES O RIESGOS.

Quizá uno de los principales riesgos de la red de coordinación ideada sea precisamente su **envergadura**, y la magnitud de los ámbitos que abarca (diferentes administraciones regionales, todo el entramado y responsables de cada área de salud, los profesionales concretos de atención directa de cada entidad). La amenaza radica en los probables **cambios de responsables** a lo largo del tiempo, y que quienes lleguen adopten otras prioridades o no sepan valorar este sistema en la misma medida que quienes lo concibieron. Del mismo modo, una forma de trabajo “impuesta” a los profesionales, si bien es entendida aquí como una enorme oportunidad, podría ser percibida en algún momento como algo ajeno a la iniciativa o al **libre ejercicio profesional**.

Hemos visto cómo en nuestro caso, el equipo base se ha afianzado y estructurado antes que los niveles superiores. La frecuencia de los encuentros y su carácter práctico nos llevan a ello. Pero la **consolidación de esos niveles superiores** de coordinación es fundamental para dar amparo al sistema y para poder recibir de la base la información de la realidad y las propuestas al respecto.

Por otra parte, si bien podamos estar viviendo “un momento dulce”, por cuanto la coordinación sistemática nos resulta novedosa y motivadora, debemos estar

atentos/as al **riesgo de caer en la rutina y la falta de innovación**, que nos podrían llevar a la apatía y la dejadez.

En los aspectos más prácticos, una de las cuestiones más espinosas es el tema del deber de **confidencialidad y la protección de datos**. Lo delicado de los asuntos tratados exige la máxima cautela. En nuestro caso, la profesionalización de todos los agentes incluidos en el Equipo Base ofrece ciertas garantías al estar incluida la cuestión en los respectivos códigos deontológicos; pero es una cuestión de sensibilidades, y no estamos del todo exentos del riesgo de problemas respecto a la vivencia personal de cómo se ha tratado un caso a pesar de la firma del consentimiento. Las sanciones previstas, especialmente en el ámbito sanitario, y el daño a la imagen profesional son cuestiones mayores. El tema se complica si se incluyen en este nivel responsables no profesionales del tercer sector, lo cual está siendo una cuestión a debate en otras zonas.

En esta misma línea y con mayor debate, están las situaciones en que no existe consentimiento del paciente, pero el intercambio de información resulta necesario por el riesgo que conlleva el caso. La jurisprudencia no es clara al respecto, y las actuaciones en esas situaciones conllevan siempre cierta incertidumbre.

12. NUEVOS RETOS EN LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN TMG-D.

Más allá del caso, el sistema de trabajo conjunto nos permite plantearnos nuevos retos desde la perspectiva de sentirnos escuchados y con mayores posibilidades de respaldo institucional y de éxito.

La prevención comunitaria del suicidio, las patologías duales, las familias ante el envejecimiento, la atención de las emergencias sociosanitarias, son sólo algunas de las realidades que se colocan en el punto de mira el trabajo en red en el ámbito del Trastorno Mental Grave o Drogodependencias.

13. BIBLIOGRAFÍA.

Comisión Regional de Coordinación Sociosanitaria. (2015) Protocolo de Coordinación sociosanitaria. Murcia: Autor.

[https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=54379&IDTIPO=100&RASTRO=c887\\$m](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=54379&IDTIPO=100&RASTRO=c887$m)

9.2.3. INTERVENCIÓN SOCIAL

MUJERES ENCONTRADAS

Dña. Esther Sixto Valera
Trabajadora social
D. Pablo Madrid López
Creador audiovisual

Resumen: Mujeres Encontradas es un proyecto narrativo y audiovisual que cuenta la experiencia vital de nueve mujeres de Cartagena con el objetivo de visibilizar el papel de las mujeres en la sociedad, tanto en el ámbito público como privado, y fomentar la igualdad de género.

Palabras clave: mujeres, encuentro, cambio social, género, igualdad.

Comunicación:

Con motivo del Día Internacional de la Mujer y del Día Internacional para la Erradicación de la Violencia de Género, se llevan a cabo diferentes eventos y campañas en pro de la igualdad entre hombres y mujeres. Sin embargo, el problema de la desigualdad de género es una realidad que nos afecta todos los días del año. Además, se suele ejemplificar el valor de las mujeres mediante referentes altamente exitosos y conocidos, como puede ser el caso de deportistas, actrices, políticas...

Nosotros hemos entrevistado a 9 mujeres de la ciudad de Cartagena (nuestra ciudad). 9 mujeres cercanas y cotidianas, de carne y hueso, que pueden ser nuestras vecinas, amigas, primas, compañeras de trabajo... Que han desarrollado (y desarrollan) un proyecto vital poderoso e inspirador a todos los niveles: profesional, familiar, emocional, social... Le damos voz a las mujeres de a pie, que tanto tienen que contar y compartir, y que son las que realmente pueden motivar un verdadero cambio social.

Prejuicios, estereotipos, roles, patriarcado, machismo, violencia... La mujer se halla perdida entre innumerables conceptos y estados, alejada de la esencia de su género. Pero más allá de todo eso hay una verdad muy simple: la mujer es PERSONA. En ella se dan identidades, capacidades y proyectos vitales infinitos. Y en ella existe la posibilidad de mantenerse conectada con su energía femenina y con su fuerza interior. Hay mujeres que están en el camino para llegar a ese vínculo y otras ya han logrado el encuentro y son un referente para el resto, así como una clave para el cambio del espacio y el ejercicio de lo femenino en la sociedad.

Con esta premisa realizamos las entrevistas y elaboramos como resultado final un catálogo narrativo y un vídeo con las frases más inspiradoras y significativas. Este trabajo ha sido totalmente voluntario y auto-gestionado, independiente de cualquier institución, y tanto catálogo como vídeo se encuentran disponibles para ser adquiridos, compartidos y trabajados de forma totalmente gratuita y libre (teniendo copyright para proteger la autoría).

Además, Mujeres Encontradas cuenta con una página de Facebook donde compartimos noticias, artículos, vídeos, reportajes, imágenes... Con el fin de generar un espacio de información y, sobre todo, de exploración y reflexión sobre el género y la igualdad.

Queremos que las mujeres se encuentren consigo mismas y entre sí, queremos empoderar personas, queremos una feminidad y masculinidad diferentes, también queremos un feminismo distinto.

Presentamos este trabajo en las II Jornadas de Trabajo Social porque una de las autoras es trabajadora social y consideramos que es importante mostrar que hay una forma diferente de ejercer el Trabajo Social más allá de los despachos, de la burocracia, e incluso más allá del ámbito laboral. Se puede trabajar de forma voluntaria, independiente, no lucrativa y auto-gestionada para promover aquellos cambios que consideramos necesarios para construir una sociedad mejor.

TRABAJO SOCIAL Y PRÁCTICAS NARRATIVAS. RE-CONECTANDO SUS NEXOS.

Dña. Natalia Navarro Ruano

Trabajadora social en Ayuntamiento de Los Alcázares, coordinadora de servicios sociales de atención primaria.

Resumen:

A lo largo de la vida profesional, muchos trabajadores/as sociales buscamos respaldos teóricos en los que sentirnos más cómodos y en los que los propios emblemas de estas jornadas “compartir, visibilizar, implicar, promover, impulsar y empoderar” sean los puntos de amarre de las intervenciones que desarrollemos.

En esta búsqueda no podemos perder la oportunidad de conocer las prácticas narrativas, relativamente poco conocidas en España, como una metodología de intervención basada en un enfoque respetuoso y no culpabilizador que sitúa a las personas como expertas en sus propias vidas.

Creadas por Michel White y David Epton en los años ochenta, siendo el primero de estos trabajador social y el segundo antropólogo, las Practicas Narrativas conocidas como Terapia Narrativa, han ido creciendo en influencia a nivel internacional bajo premisas tales como que <el problema es el problema y la persona no es el problema> o que <cada persona es experta en su propia vida y posee habilidades, valores, creencias, compromisos y competencias que les ayudarán a reducir la influencia de los problemas en sus vidas>.

Desde esta base de análisis a partir de la reflexión sobre la práctica y sobre cómo el pensamiento estructuralista influía en la práctica profesional, las Prácticas Narrativas plantean diferentes posicionamientos como la influencia que como profesionales tenemos que tener en la vida de nuestros consultantes (no usuarios/as, ni clientes, ni pacientes) o cómo dar visibilidad a las historias no contadas y al rol del co-autor que cada una de las personas a las que atendemos posee de su propia vida.

El Trabajo Social no debe estar alejado de este enfoque, más cercano y respetuoso, pretendiendo esta comunicación incitar a la curiosidad, esbozar las principales características de las prácticas narrativas y reflexionar sobre algunos de los nexos existentes.

Palabras clave: trabajo social, terapia narrativa, prácticas narrativas, intervención social.

A modo de introducción.

Este artículo, elaborado específicamente para las *II Jornadas de Trabajo Social de la Región de Murcia*, pretende invitar a conocer qué es la *Terapia Narrativa o Prácticas Narrativas* y cuáles son los nexos de unión entre esta corriente teórica-práctica y el Trabajo Social.

Desde un posicionamiento no positivista, con esta comunicación además de aportar un conocimiento usualmente desconocido entre nuestro colectivo, se pretende estimular la reflexión con relación al momento actual de nuestra profesión, a los modelos de intervención que adoptamos y a la relación con el poder que se crea al asumir el rol de experto/a; todo ello teniendo como referencia las principales máximas y características de la terapia narrativa.

No se pretende llegar a conclusiones inamovibles, ni mucho menos trasladar las mismas como tales, sino crear la suficiente curiosidad como para investigar, construir, pensar y re-pensar en lo que aquí se expone para compartirlo y, si es posible, crear otras perspectivas y aún más curiosidad.

A modo de presentación: Terapia Narrativa y Prácticas Narrativas

La *Terapia Narrativa* puede ser considerada como un enfoque de intervención social que nace en la década de los ochenta en un momento en el que las ciencias sociales incluyen ideas del *construccionismo social* y están influenciadas con teorías como la *teoría del feminismo*, la *teoría crítica* o la *antropología moderna*. Los autores que crearon este modelo fueron *David Eppson*, antropólogo y de *Michel White*, trabajador social.

Al igual que el Trabajo Social, la *Terapia Narrativa* se nutre de diferentes fuentes y autores, entre los que podemos nombrar a *Michel Foucault*, *Jacques Derrida*, *Barbara Myerhoff*, *Gregory Bateson*, *Clifford Geertz*, *J. Bruner* y *Víctor Turner*, entre otros. Cabe señalar además que la *Terapia narrativa* tiene sus raíces en la *terapia familiar* constituyéndose como un enfoque crítico al método sistémico.

Con esta nueva corriente se visualiza un paradigma diferente al conocido hasta ese momento (centrado en el individuo) al desplazar el foco de atención de la intervención hacia la relación y al hacer perceptible la relación existente entre el conocimiento y el poder.

Bajo este nuevo enfoque epistemológico, los autores de referencia desarrollaron una estrategia de intervención (posteriormente convertida en una forma integral de trabajo y posicionamiento profesional) que permite ampliar las posibilidades de las personas a través de la analogía entre el texto y la terapia, por

medio de la cual las personas tienen la posibilidad de escribir y re-escribir su propia historia y sus relaciones, llegando incluso a nuevas conclusiones de identidad.

Desde la analogía del texto se señala que es inviable tener un conocimiento directo del mundo sino que ese conocimiento solo se puede adquirir a través de la experiencia vivida, la cual se debe “relatar”, siendo este relato, y el <hecho de relatar> lo que determina el significado que se atribuye a la experiencia.

La Terapia Narrativa se entiende, por algunos/as profesionales, como una rama de la psicoterapia, pero es importante señalar que no todos los/as profesionales que practican estas prácticas son psicólogos/as y no todos los/as narrativos/as se ubican en contextos psicoterapéuticos. Su definición es tan amplia, y a la vez tan sencilla, como lo son los fines que persigue: situar a las personas como expertas en sus propias vidas.

De esta forma y a modo de ejemplo se puede hacer referencia al Colectivo de Prácticas Narrativas Pranas Chile quien define este conocimiento desde sus características principales:

- Una aproximación respetuosa,
- no patologizante y no culpabilizadora en el trabajo de las personas,
- que separa a las personas del problema y,
- las habilita para reconocer las habilidades, recursos y valores que la mueven en la vida,
- en función de ampliar y enriquecer la mirada sobre su propia historia,
- para reforzar el sentido de agencia personal que permite hacer frente a los problemas con los que se relaciona y,
- definir con libertad el sentido que quieren darle a su vida,
- considerando el contexto, las relaciones de poder de género, etnia, clase, preferencia sexual y capacidades que no calzan en las exigencias de la cultura dominante.

Definición similar nos ofrece la Asociación Española de Terapia Narrativa que en la publicidad de su VI Encuentro Nacional (Salamanca-Octubre 2017) indicaba que la Terapia Narrativa es una forma totalmente diferente de abordar los problemas humanos en la que se busca enriquecer las historias y las identidades de las personas mediante un acercamiento muy respetuoso, humano y no culpabilizante; trabajando para ello con lo más profundo del ser humano, con aquello que le mueve y es importante para él: sus valores, sus sueños, sus propósitos, etc.

Para poder realizar esta aproximación a la persona, la Práctica Narrativa asume que las identidades se construyen en función de las historias que las personas

se relatan acerca de sí mismas, dando especial importancia, por tanto, a la palabra, al significado y a la narración-re-narración, y por ello, al poder de la palabra, de las preguntas y de las historias. De hecho, White y Epsom postulaban que, en cada persona, coexisten distintas narrativas que, a grandes rasgos, se engloban en dos grandes bloques, las historias dominantes y las alternativas.

Las narrativas dominantes corresponden a las historias del problema que, bajo la perspectiva internalizadora, concuerdan con las que se identifican principalmente las personas y suelen coincidir con los discursos dominantes que provienen generalmente de sectores de poder (sociedad, cultura, familia, autoridad, etc.). Este tipo de historias son limitantes al no explorar la abundancia existente en la identidad de las personas y generalmente están *saturadas de problemas* llegando incluso a promover conclusiones negativas de identidad.

Estas narrativas saturadas de problemas y, en muchas ocasiones, escoltadas de discursos dominantes, deben ser cuestionadas o deconstruidas siendo el papel del profesional, y en nuestro caso del trabajador/a social, el de acompañamiento en esta deconstrucción (se entiende por deconstrucción al proceso de revisar las creencias y prácticas de la cultura que están fortaleciendo a la historia dominante, y por tanto, al problema).

Por su parte, las historias alternativas son aquellas que se quedan en un segundo plano respecto al relato “inicial” y son las que contradicen a las dominantes al posicionar a la persona fuera de esa situación-problema o de este discurso dominante. Son historias que pueden ser abundantes en experiencias y detalles hasta entonces desconocidos o no reconocidos y suelen estar conectadas con propósitos, valores, habilidades y conocimientos de vida que provienen de la propia persona, lejos de los sectores de poder.

Desde este prisma, las dificultades o problemas que podemos sufrir las personas devienen del asentamiento de historias dominantes como únicas experiencias.

Como ejemplo de una situación relativamente habitual en servicios sociales de atención primaria, podemos señalar a aquellas personas que acuden con una “historia en la que solo referencian una situación negativa de desempleo y carencias económicas que les limitan en la cobertura de necesidades básicas” sin observar las historias alternativas, simultáneas y aun más potentes, que hablan de cómo en situaciones adversas estas personas están superando cada día los obstáculos y en las que estar en paro no es una señal de identidad sino una circunstancia. No es lo mismo preguntar ¿desde cuándo estás en paro? que preguntar, ¿desde cuándo no te

tiene en cuenta el mercado laboral?, pues con esta última pregunta somos profesionales más respetuosos y adoptamos una posición no culpabilizadora.

Es por la diferenciación del tipo de narrativas que se puede entender que la finalidad de las Prácticas Narrativas es buscar que las personas puedan re-escribir su vida desde lugares más ricos en los que puedan incorporar experiencias hasta entonces no relatadas o invisibles pero que también forman parte de su identidad. También la Terapia Narrativa busca que las personas puedan deshacerse de las narrativas dominantes saturadas de problemas a la par que dan prioridad a las historias preferidas sobre su identidad.

Es por estos posicionamientos teórico-prácticos, contrarios a los tradicionales, por los que señalaron White y Epton respecto a las prácticas narrativas que son contra-prácticas puesto que su desarrollo se contraponen a las prácticas culturales que convierten en objetos a las personas y a sus cuerpos.

Estas contra-prácticas abren espacios en los que las personas pueden reescribirse o reconstituirse a sí mismas, a los demás y a sus relaciones, según guiones y conocimientos alternativos. (White y Epston, 1993, p. 86)

Pinceladas de la terapia narrativa.

Aunque muchas de las características de las practicas narrativas se pueden interpretar de la lectura de los puntos anteriores, y aun no siendo objeto de este artículo el detalle de las particularidades de la terapia narrativa, se hace fundamental para una mejor contextualización y posterior enlace con las sinergias que mantienen con el Trabajo Social, señalar los presupuestos básicos de esta corriente de intervención.

La vida es multi-historiada.

Tal y como se indicaba antes, solo partiendo de esta visión amplia donde coexisten las narrativas dominantes y alternativas podemos entender la vida.

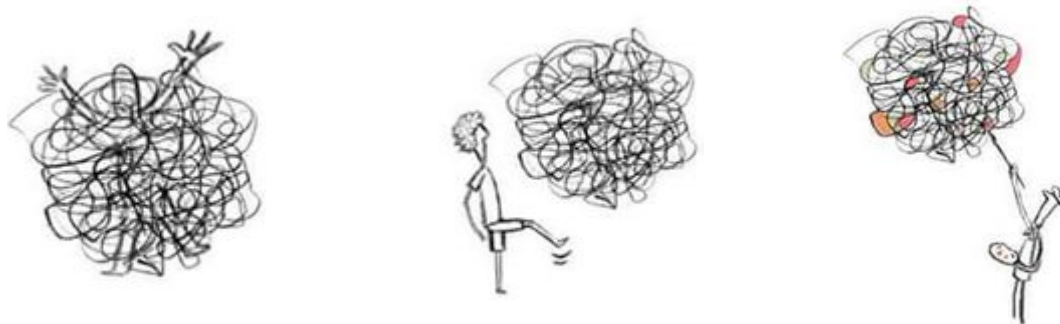
Las personas no somos una única historia sino que somos la suma de las historias que contamos de nosotros/as mismos, de las historias que nos cuentan sobre nosotros/as y muy especialmente de las historias que no se han relatado. De hecho las personas nos modelamos en función de esas narraciones y en base a las mismas podemos impulsarnos o inhibirnos de hacer determinados actos.

Los problemas pueden crear un efecto de eclipse de lo que las personas son, solo se ve el problema y se ignoran los conocimientos y las habilidades que si existen pues nadie está definido sólo por un problema. Los problemas nos llevan a pensar en un solo lado de la historia de la persona y la vida se desarrolla en una multiplicidad de interacciones sociales que requieren de muchas competencias y en cada una de estas demostramos diferentes habilidades, así se puede pensar que la vida es multihistoriada, esto es, que no solo existe una versión de lo que somos, nos creamos como seres humanos en las interacciones sociales que tenemos y en estas en las que desplegamos nuestra unicidad y complejidad (Campillo, M. 2012, p.1).

El problema es el problema, la persona nunca es el problema.

La mayoría de las terapias tradicionales se centran en los estados internos de los individuos lo que hace que el objetivo de la terapia sea promover la transformación de la mente de la persona.

Frente a esta posición, la terapia narrativa se sitúa en su máxima “el problema es el problema y la persona es la persona”, que hace que la visión internalizadora se desplace hacia una perspectiva totalmente externalizadora. Esta visión, desde la que la persona puede visualizar su problema lejos de ella, permite objetivizar el mismo, y por tanto, la posibilidad de mayores alternativas de actuación.



El rol del no experto/a del profesional versus el convencimiento de que es la persona quien es experta en su vida.

En contra de las mayorías de las disciplinas de ayuda donde el profesional ocupa una posición privilegiada por su conocimiento, la terapia narrativa propone al profesional descentrado pero influyente.

Esto implica que el profesional no debe ejercer su rol de experto/a, *qué todo lo sabe*, y caer en la orientación y en el consejo; sino que debe situarse en la relación con el convencimiento de que la máxima experto/a es la persona que acude a solicitar ayuda.

El profesional, denominado en terapia narrativa como consultor/a, debe ser influyente (mediante sus preguntas, pues las mismas persiguen el propósito de que la persona obtenga un conocimiento denso y enriquecido de sí mismo/a y que reflexione sobre sus acciones y la conexión que tiene con sus esperanzas, sueños y valores) y mantenerse descentrado (puesto que en la relación, el único que debe ser el centro, el es consultante, es decir, la persona).

En palabras de Andeson y Goolishian:

El proceso terapéutico se describe como una conversación en la cual el terapeuta escucha los relatos del consultante y le abre espacios a lo no dicho. Se entiende como una relación de gran respeto donde se da prioridad al punto de vista del consultante y se minimiza la influencia del terapeuta (Andeson y Goolishian, 1998, p. 41:72).

La identidad es una construcción colectiva.

La construcción de identidad de las personas es una elaboración colectiva en la que influye el contexto histórico y socio-cultural de cada persona. En esta construcción de identidad se tiene en cuenta las relaciones de poder existentes a nivel social en temas como el género, el económico, la etnia, la edad o la sexualidad, puesto que estas relaciones de poder generan verdades absolutistas que promueven, los que White y Epsom denominaban descripciones pobres de identidad de las personas.

Y antes de continuar, y en tono de reflexión: concepto de terapia y concepto de prácticas narrativas y las distintas posiciones que podemos adoptar como profesionales del trabajo social ante la terapia.

¿Podemos decir los profesionales del trabajo social que hacemos terapia en nuestra intervención social? Esta pregunta es reincidente en mi planteamiento tanto como de trabajadora social como de profesional que trabaja desde las prácticas narrativas y no termino de llegar a ninguna conclusión.

La Terapia narrativa se encuentra cada vez más en contextos no clínicos; de hecho y ya con perspectiva, sus propios creadores la rebautizaron con el nombre de Prácticas Narrativas en sus últimos trabajos, por considerar que este término se encontraba más acorde con las dinámicas de intervención en contextos no terapéuticos (y por tanto más acorde también al espacio donde nos movemos los profesionales del Trabajo Social).

Pero aún creando tantas dudas las terminologías, de forma genérica y a modo de distinción, el concepto de *prácticas* se emplea cuando se hace referencia a trabajo con colectivos o con comunidades; mientras que el término *terapia* se usa en contexto más individuales y/o familiares de ayuda.

La terapia tradicionalmente se vincula a la *curación* y no es curación lo que hacemos los y las trabajadores/as sociales. Pero si adaptamos la terminología de terapia en su uso más coloquial de ayuda (alejado de las ramas sanitarias vinculadas al tratamiento de una supuesta enfermedad), si nos podemos replantear que los/as trabajadores/as sociales hacemos uso de terapia en nuestra intervención social.

Este artículo, lejos de llegar a una conclusión válida en este momento y en este lugar, hace referencia a la terapia narrativa y a las prácticas narrativas como términos sinónimos y parte de que si hacer terapia es ayudar, esta posibilidad si cuadra con los fines últimos del trabajo social, especialmente con el denominado trabajo social clínico.

Además en la línea de estas reflexiones no se puede obviar que tanto la terapia narrativa como el trabajo social son corrientes que han brotado de la sinergia de otras disciplinas, bebiendo y nutriéndose de ellas, por lo que se puede pensar que manteniendo objetivos comunes, todos los profesionales de ayuda, podemos, con la suficiente formación y capacitación, hacer terapia.

Ruesch (1984) en Madrid (2005) explica en este párrafo la diversidad de las relaciones de ayuda:

La comunicación es una función universal del hombre que no está restringida en particular a ningún lugar, tiempo o contexto; y, desde un punto de vista básico, la comunicación capaz de producir un efecto terapéutico no difiere en modo alguno de lo que ocurre en los intercambios comunes y ordinarios. La comunicación terapéutica no se limita por lo general a terapeuta y paciente solamente. Un niño puede ser terapeuta de la madre, y un patrón puede serlo de su empleado; la terapia es efectuada durante todo el día por mucha gente que ignora estar obrando como terapeuta, y son muchos los que sin saberlo sacan provecho de tales experiencias. La comunicación terapéutica no es un método inventado por los médicos para combatir enfermedades; es sencillamente algo que ocurre espontáneamente por todas partes en la vida cotidiana, y el médico se ve desafiado a lograr que estos hechos de ocurrencia natural sucedan con mayor frecuencia. (Madrid, 2005, p.75).

Reflexiones acerca del Trabajo Social y la Terapia Narrativa

La Federación Internacional de Trabajo Social acuñó una nueva definición del trabajo social en el Congreso Internacional celebrado en el 2014 en Melbourne,

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías

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

La sola definición de Trabajo Social nos hace pensar en sus similitudes con las prácticas narrativas, pues ambas corrientes comparten el mismo reto en la relación de ayuda, al potenciar que las personas obtenga su máximo bienestar (entendiendo el mismo desde una visión integral) y teniendo en cuenta en estos procesos, y entre otras variables, al contexto cultural, socioeconómico y político para conocer realmente a la persona y lo que le influye a esta (y no solamente su vertiente más psicológica e individual).

Además, cabe señalar que en esta exploración hacia el bienestar, se suele partir de situaciones-problemas, siendo este espacio de inicio similar entre el Trabajo Social y la Terapia Narrativa, dado que se parte de una situación-problema para acompañar a la persona a ubicarse en una posición diferente, con nuevas habilidades y conocimientos.

Es interesante también reseñar que en la definición de trabajo social se hace referencia a los *conocimientos indígenas*, siendo los *conocimientos locales* cuestión importante en las prácticas narrativas, dada la mirada social y comunitaria de esta corriente de intervención, análoga a la existente en trabajo social.

La ética y la deontología ocupan un lugar especial en el Trabajo Social siendo interesante extrapolar los planteamientos que se postulan desde la Terapia Narrativa acerca de las relaciones de poder que se establecen cuando el profesional adopta un rol de experto. Tomando como modelo de intervención social las prácticas narrativas, el profesional puede alejarse de modelos positivistas, promoviendo por ello intenciones más cercanas a las personas y acordes con nuestros valores profesionales (como ejemplo, se puede señalar que el principio de autodeterminación, tan importante en el trabajo social, casa con la posición descentrada pero influyente que nos ofrece la terapia narrativa).

Existe la posibilidad de que la búsqueda que ha efectuado el Trabajo Social como disciplina de bases teóricas más positivistas haya provocado una colonización de los usuarios/clientes al devaluarlos con el propio lenguaje profesional, experiencias y conocimientos, orientando y aconsejando (e incluso juzgando) acerca de sus vidas en lugar de creando espacios de desarrollo de la agencia personal.

En esta línea hacer mención a la importancia de la adecuada y respetuosa elaboración de los diagnósticos sociales, dado que los mismos lejos de ser una repetición de la historia dominante del problema basado en los déficits y dificultades,

deben reflejar las capacidades, habilidades y conocimientos de las personas para evitar cosificarlas.

Entorno a estas reflexiones merece la pena detenerse a pensar en la idea de por qué las personas acuden a los/as trabajadores/as sociales ¿sólo por la supuesta aplicación de recursos o por su contra, existe la posibilidad de que la ciudadanía acuda al profesional del trabajo social por la intervención social que ofrece en el proceso de acompañamiento?

No se puede permanecer ajeno al hecho de que existen personas que no desean un acompañamiento social sino sólo una cobertura de algún tipo concreto de necesidad, pero dado que el Trabajo Social es *mucho más*, considero que el planteamiento de la intervención *va más allá* al construirse entre el profesional y el usuario/cliente una relación de ayuda en la proximidad.

En este espacio de proximidad es donde la Terapia Narrativa tiene fundamentos y metodologías muy cercanas al Trabajo Social, pues mientras la *entrevista* es la técnica principal de la relación de ayuda en Trabajo Social, la *conversación* entre consultante y consultor, es el vehículo de la intervención en las Prácticas Narrativas. En este sentido sería interesante extrapolar las ideas de la doble escucha a las entrevistas de trabajo social.

En ambas, entrevista/conversación, se le debe dar una vital importancia al lenguaje y a cómo emplear el mismo, para empoderar, en lugar de para debilitar, a aquellos que acuden buscando consulta y/o ayuda. De hecho se puede, desde esta perspectiva, llegar a la conclusión que el objeto usual de intervención en Trabajo Social lo constituyen las propias narrativas que traen las personas a las que atendemos y los significados que atribuyen a las mismas (historias contaminadas con discursos dominantes versus historias alternativas) siendo una de las posibilidades del profesional del trabajo social la co-deconstrucción de las narrativas saturadas de problemas en pro de narrativas más libres y potenciadoras de las personas, lo que no solo resulta de interés para los usuarios/clientes, sino también para el propio profesional que se podrá considerar más valorado y constructivo, evitando situaciones de queme profesional tan habituales en la profesión.

...tenemos que elaborar un sistema de trabajo en donde toda la organización pública con todo su instrumental se ponga al servicio del usuario y no le obstruya en su desarrollo como persona, donde éste pase a estar en el centro de la intervención y demos margen a que pueda construir una historia alternativa de sí mismo no patológica, y donde el Trabajador Social vuelva a involucrar a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. (Martí, A. 2017, p. 26)

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 2, 41-72. Recuperado el 9 de octubre de 2017 de <https://es.scribd.com/document/141387508/Anderson-Harlene-Goolishian-Harold-Sistemas-Humanos-Como-Sistemas-Linguisticos>.
- Asociación Española de Terapia Narrativa que en la publicidad de su VI Encuentro Nacional (Salamanca-Octubre 2017). Recuperado el 17 de octubre de 2017 de <http://www.aeten.es/>
- **Campillo, M. 2012. La vida multihistoriada. Recuperado el 10 de octubre de 2017 de** <http://narrativamentexalapa.blogspot.com.es/2012/02/mirando-y-desubriendo.html>.
- Colectivo de Prácticas Narrativas Pranas Chile. ¿Qué es la terapia narrativa? Recuperado el 8 de octubre de 2017 de <http://pranaschile.org/>.
- Consejo General de Trabajo Social. Definición Internacional de Trabajo Social. Recuperado el 8 de octubre de 2017 de <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>.
- Fernández DAndrea, K. (2015). Una nueva propuesta de intervención social: las Prácticas Narrativas. *TS Difusión* (111), 1-36. Recuperado el 13 de octubre de 2017 de http://www.tsdifusion.es/revistas_publicadas/111/pdf/TSD111.pdf
- Gómez Casado, C. (2015) Tesis La intervención terapéutica desde el Trabajo Social. Trabajo de grado no publicado. Universidad de la Laguna. España 2015. Recuperado el 20 de octubre de 2017 de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2484/La%20intervencion%20terapeutica%20desde%20el%20Trabajo%20Social.pdf?sequence=1>
- Madrid, J. (2005). Los procesos de la relación de ayuda. Madrid: Desclée de Brouwer, S.A. Recuperado el 23 de octubre de 2017 de https://www.researchgate.net/publication/31758635_Los_procesos_de_la_re_lacion_de_ayuda_J_Madrid_Soriano
- Martí, Trotonda, A. (2017). La práctica narrativa desde el Trabajo Social: su abordaje en contextos profesionales de acción social. Tesis doctoral no

publicada. Universidad de Valencia. España. Recuperado el 23 de octubre de 2017 de <http://roderic.uv.es/handle/10550/60145>

- Morgan, A. (2000). *¿Qué es la terapia narrativa?* Adelaida: Dulwich Centre Publications. Obtenido de Dulwich Centre. Recuperado el 7 de octubre de 2017 de <https://dulwichcentre.com.au/que-es-la-terapia-narrativa.pdf>
- Payne, M. (2012). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, LABORAL Y FAMILIAR DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE MENORES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN LA REGIÓN DE MURCIA.

Dña. Eva del Baño Sandoval

Trabajadora social en la Asociación murciana de Fibrosis Quística de la Región de Murcia y docente e investigadora en el Facultad de Trabajo Social de la UMU.

RESUMEN

El propósito de esta investigación es analizar y conocer el estado de conciliación personal, laboral y familiar de los cuidadores principales de menores con fibrosis quística (en adelante FQ) y constatar si existe una situación de vulnerabilidad y desventaja social de éstos.

Los objetivos propuestos han sido la caracterización sociodemográfica de los cuidadores principales y de los niños menores con FQ en la Región de Murcia, así como la identificación y el análisis de los factores personales, familiares y laborales que han incidido en la conciliación de estas familias.

La metodología utilizada ha sido cuantitativa, realizada mediante un cuestionario constituido por dos bloques de 20 ítems, el primero trata sobre la caracterización sociodemográfica del cuidador principal y del niño con FQ y el segundo está relacionado con la conciliación.

Se debe inferir que la mayor parte de los cuidadores principales son mujeres, teniendo que renunciar a trabajar por cuidar de su hijo/a enfermo/a. Lo que ha derivado en una menor retibución y a la sazón en una situación de desventaja social.

Palabras clave: fibrosis quística, conciliación, cuidador principal, desigualdad, desventaja social.

ABSTRACT

The purpose of this research is to analyze the personal family conciliation, labor and primary caregivers of children with cystic fibrosis (CF hereinafter) and see if there is a situation of vulnerability and social disadvantage of these.

The proposed objectives are the socio-demographic characterization of the primary caregivers and young children with CF in the Region of Murcia, and the

identification and analysis of personal and occupational factors, relatives have affected the reconciliation of these families.

The methodology used was quantitative, conducted through a questionnaire consisting of two blocks of 20 items, the first deals with the socio-demographic characterization of the primary caregiver and child with CF and the second is related to conciliation.

It should be inferred that most of the main caregivers are women, having to give up work to care for their child / sick / a. Which it has resulted in lower retibución and then in a situation of soci

1. INTRODUCCIÓN

Es una importante plantear esta investigación social empírica, transversal y descriptiva correlacional, cuyo propósito es identificar las variables sociodemográficas para la caracterización de las personas con fibrosis quística, menores de edad y sus familias y relacionarlas con su situación personal, laboral y social para su conciliación.

Nos enfrentamos a una enfermedad crónica, hereditaria, multisistémica y no infecciosa, que afecta a las zonas del organismo donde se producen secreciones, dando lugar a un espesamiento y disminución del contenido de agua, potasio y sodio. Esta patología puede producir alteraciones funcionales importantes en la esfera física, psíquica o social (Fritz, 1973). Existe una afectación de las células epiteliales exocrinas, produciendo un moco espeso y viscoso, que provoca una obstrucción de los conductos de los órganos donde se localiza. Asimismo, su evolución, gravedad y mortalidad dependerá de la afectación pulmonar y la insuficiencia pancreática (Ortigosa, 2007a).

La asociación murciana de FQ vive con particular crudeza ésta enfermedad, sus repercusiones en la familia y en su entorno social, lo que nos impulsa a la línea de investigación que iniciamos.

Desde el servicio de atención social se ha visto la necesidad de investigar este tema, que va íntimamente relacionado con el sistema familiar y sus necesidades. Se pretende así, promover a través del servicio de atención social, el cambio, el desarrollo, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas. Dicha investigación es oportuna ya que no existe ningún estudio concluyente en España.

Las aportaciones potenciales y sus resultados en el ámbito familiar, profesional y asociativo pueden contribuir a una mejora de las condiciones de vida de los enfermos y sus familias, destacando especialmente la importancia del asociacionismo como red de apoyo.

La conciliación de la vida laboral, familiar y personal ayuda a lograr la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, y a hacer compatibles las diferentes facetas de sus

vidas: empleo, familia, ocio y tiempo. La conciliación requiere el desarrollo de recursos y estructuras sociales que permitan el cuidado y la atención de personas dependientes (menores, personas enfermas y personas con discapacidad), y con ello, una mejora de las condiciones de vida de los enfermos y sus familias (Ministerio de Igualdad, 2010).

Si se afirma que el hombre es constitutivamente un ser familiar (Massini-Correas, 2015) el Estado debe ayudar a esta realidad. En este sentido, el legislador español ha tratado de contribuir a la conciliación de la vida familiar mediante la Ley de promoción a la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (LPCVFLPT) (Ley 39/1999, de 5 de noviembre). *Boletín Oficial del Estado*, nº 266, 1999, 6 noviembre. Dicha norma introduce cambios legislativos en el ámbito laboral para que los trabajadores puedan participar de la vida familiar. La familia como institución básica de nuestra sociedad debe compatibilizar el acceso al mercado laboral de sus componentes con el cuidado del enfermo. (Abad, 2007).

El diagnóstico de una enfermedad como la FQ repercute fuertemente sobre todo en la familia, por ello, esta investigación pretende aportar recursos para la conciliación de la vida familiar y laboral y una mejora de la calidad de vida de las personas con FQ y sus familias.

El trabajo de investigación se estructura con base en tres dimensiones, la primera se refiere a la descripción de la enfermedad, la incidencia de ésta en España y en la Región de Murcia, orígenes de la enfermedad, tratamientos y sus perspectivas futuras. La segunda hace referencia al contexto de la enfermedad, donde se describe el origen y lugar de tratamientos, la importancia de las redes sociales de apoyo y el asociacionismo. Por último, se relaciona la FQ con la conciliación de la vida personal, laboral y familiar, para ello, se elige del universo una muestra compuesta por menores de edad con FQ y se lleva a cabo el trabajo de campo y la extracción y análisis de datos.

2. CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN:

2.1 Asociación murciana de fq

La Asociación Murciana de FQ fue constituida el 13 de febrero de 1987 por un grupo de padres y madres con hijos/as con FQ, con la misma problemática y necesidades. Ésta, es una organización privada, no gubernamental, de carácter social y sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública el 22 de junio de 2004 por el Ministerio del Interior, según Orden de 7 de julio de 2000.

El Centro de Fibrosis Quística de la Región de Murcia es un centro pionero, referente nacional en el tratamiento de la FQ, especializado en fisioterapia respiratoria, que atiende a este colectivo y a sus familias. Además, desde septiembre de 2008 acoge a otras enfermedades respiratorias afines en edad pediátrica. Desde la

asociación se ofrecen tres servicios especializados: servicio de fisioterapia respiratoria, servicio de psicología y servicio de atención social. Todos ellos están coordinados con la unidad multidisciplinar del H.C.U Virgen de la Arrixaca, para dar mejor servicio a los usuarios y sus familias. A su vez la Asociación Murciana de FQ forma parte de la Federación Española de FQ y de la Federación de Asociaciones Murcianas de personas con Discapacidad Física y Orgánica de la Región de Murcia (FAMDIF).

2.2 Redes de apoyo en la fq

Es necesario destacar la importancia de una red de apoyo, como elemento central de protección, constituida por la familia, amigos y la escuela, que comprenda y tolere la clínica del enfermo y los comportamientos socialmente incómodos.

Es vital el papel que juegan los vínculos humanos y el establecimiento de relaciones sólidas en la evolución de la enfermedad. Hay que combatir el aislamiento en distintos ámbitos: el niño con FQ, el cuidador principal con dedicación exclusiva a su hijo, el padre excluido de la diada sin apoyar o sin recibir apoyo, la situación de los hermanos, ante un ambiente familiar complicado, y por último, el aislamiento como sistema familiar. (Tratado de FQ)

La red de acompañamiento ayuda al paciente evitando que éste se sienta solo o abandonado, no obstante, no se debe olvidar que existen evidencias de algunos adolescentes que son reacios a divulgar su diagnóstico a sus amigos, que puede ser una fuente útil de apoyo (Barker, Driscoll, Modi, Light, & Quittner, 2012). Dicha negación puede producir a largo plazo una peor evolución de la enfermedad, y todo ello pese a la posibilidad de poder pedir ayuda siendo éste uno de los pilares de la relación terapéutica. La existencia de redes de apoyo es fundamental como marcador de ajuste familiar, siendo un modelo para dejarse ayudar y un estímulo emocional añadido para el niño (Tratado de FQ), los cuales están directamente relacionados con la conciliación de la vida laboral y familiar. Con frecuencia los familiares carecen del apoyo suficiente y han tenido que abandonar el mercado laboral o reducir su jornada de trabajo para poder atender a sus hijos. En un 71,14% de los casos, la mujer asume el papel principal de cuidadora del enfermo crónico a su cargo, por lo que su papel es esencial (Ferrer, J. G, Rigla, F. R, López, V. S, & Gomez Carretero, S, 2006).

En realidad, se trata de diversos aspectos que se deben resolver principalmente en la familia y en la red social de apoyo.

2.3 La importancia del asociacionismo y el trabajo social

Pertenecer a una asociación es un acto voluntario que algunas personas lo sienten como una necesidad, pero otras lo viven como un motivo de rechazo. Las personas

que se asocian, buscan compartir inquietudes, buscar soluciones colectivas y luchar para conseguir mejoras, sabiendo que la cura de la enfermedad debe llegar para todos los enfermos. (Salcedo Posadas, 2012).

En los países que tienen un tejido asociativo consolidado, se logran muchos más medios para la atención de la enfermedad y los profesionales están dotados de más recursos y más valorados. El trabajo social ha sido siempre una profesión comprometida con la familia, centrándose en sus problemas cotidianos, desarrollando una clara visión acerca de las diversas formas como el ambiente físico y social que podía apoyar y dificultar el funcionamiento de la familia.

En el tratamiento de la FQ se ha de aportar la experiencia necesaria en la ayuda de las necesidades emocionales y prácticas en los pacientes y familiares, en especial en situaciones de crisis, como el diagnóstico de la enfermedad, procesos de trasplante y duelo.

El trabajador social es el enlace esencial entre el hospital y la asociación. Así, cuando paciente de FQ es derivado a la asociación, el trabajador social inicia la fase de acogida de la persona con FQ y su familia, le informa y asesora según sus necesidades, de los recursos disponibles y deriva en caso necesario a otros recursos. Dicho profesional forma parte del equipo interdisciplinar que proporciona apoyo en los problemas en las relaciones, de cara a aliviar las sensaciones de aislamiento progresivo que deviene con el deterioro la salud.

Otra de las funciones de éste profesional es asegurar una red de apoyo formada principalmente por la familia, amigos, la escuela. En este sentido, es esencial el papel que juega la vinculación y el establecimiento de relaciones significativas en todo el proceso de la enfermedad, combatiendo el aislamiento en distintos ámbitos, el niño con FQ, la madre centrada en el cuidado del hijo/a enfermo/a, el padre o madre excluido/a de la diada, la relación de hermanos ante un ambiente estresado y un ambiente familiar complicado y el aislamiento del sistema familiar.

Actualmente, los avances en tratamientos han hecho posible que el diagnóstico y el tratamiento sean precoces. De manera que la esperanza y calidad de vida de los pacientes ha aumentado considerablemente, además de tener presente los avances en los trasplantes de órganos, principalmente de pulmón, tan necesario para las personas con FQ.

2.4 Aspectos sociales

El entorno escolar del niño/a con FQ es un área importante a destacar, aunque el tratamiento de la enfermedad está permitiendo en la mayoría de los casos una adecuada escolarización, en la adolescencia surgen problemas de negación de la enfermedad y es vital prevenirlo desde la etapa escolar.

El comportamiento social se forja en la niñez y con ello la integración en el colegio que le permite una vinculación sólida en su grupo de compañeros, educando su autonomía de cara a lograr un rendimiento correcto del niño/a. Es de suma importancia que los profesores conozcan la enfermedad, así como los cuidados que pueda precisar el niño/a. Por tanto, la coordinación entre el entorno escolar y la familia debe ser continua (Salcedo Posadas, 2012).

2.5 La FQ y su relación con la conciliación

Uno de los objetivos de la Ley de la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (LCVFL) es reducir la jornada laboral con el propósito de permitir que los trabajadores puedan realizar sus obligaciones familiares. Debe destacarse la importancia de la mencionada ley para las familias con menores con FQ.

En España existen dos modelos de políticas familiares; por un lado, aquéllas medidas que buscan la conciliación a través de medidas destinadas principalmente hacia las mujeres (prestaciones sociales, permisos, excedencias y ayudas fiscales). (Martín Llaguno, M. & Guirao Mirón, C., 2013). Estas políticas institucionalizan el hecho de que son las mujeres las que han de asumir las tareas de conciliación, no cuestionando la asignación de roles a géneros; por otro lado, el segundo modelo, está basado en la búsqueda de la igualdad, esto es, la adopción de medidas para desvincular a la mujer del espacio doméstico y ubicarla en el espacio público (permiso de paternidad, acciones positivas, paridad en los órganos de representación, permisos parentales remunerados, servicios públicos de atención y cuidado) con un modelo de sustentador/cuidador igualitario, que implican al hombre en las tareas de corresponsabilidad. (Guirao, C., 2011).

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivos, hipótesis, variables y dimensiones

La presente investigación se orienta en los siguientes objetivos:

Ob.1 Caracterizar socio demográficamente a los cuidadores principales de los menores de edad con Fibrosis Quística en la Región de Murcia.

Ob.2 Caracterizar socio demográficamente a los menores de edad con FQ en la Región de Murcia.

Ob.3: Identificar y analizar los factores personales, familiares y laborales que inciden en la conciliación de las familias con niños menores de edad con FQ.

3.2 METODOLOGÍA

En el siguiente estudio descriptivo se pretender definir la enfermedad FQ y las características de ésta población y relacionarlas con la conciliación. Se ha requerido

la utilización de métodos cuantitativos, asignándose al azar un grupo de estudio esencial incluyendo un grupo de control previo.

3.2.1 Universo y participantes en la investigación

La Asociación murciana de FQ consta en la actualidad de 400 socios en el año 2016, distribuidos de la siguiente manera: 175 socios de otras patologías afines en edad pediátrica y 141 socios con FQ, el resto de socios son de carácter privado 33 socios y 51 son colaboradores.

La consejería de Sanidad presentó en 2010 una monografía de enfermedades raras de la Región, el Sistema de Información de Enfermedades Raras (SIER), que es una herramienta esencial para conocer con exactitud la situación de los pacientes diagnosticados, este instrumento contiene datos analizados hasta el 31 de diciembre de 2013 y contempla el análisis de la discapacidad como factor relevante (Titos Gil, S., Segura Aroca, M., & Moreno López, A. B., 2013). En este documento se recoge una prevalencia de 161 pacientes con FQ en la Región de Murcia, de los cuales 70 son mujeres y 91 varones.

En relación a los criterios establecidos para la selección de la muestra, se considera que la muestra seleccionada, representa la totalidad de las personas menores de edad con FQ de la Región de Murcia, que a su vez pertenecen a la Asociación.

Para la realización de esta exposición hemos elegido una muestra de 63 menores de edad con FQ, siendo 36 personas las que han participado en el trabajo de campo con la cumplimentación del cuestionario.

La población base está formada por 63 niños con FQ que reciben información y asesoramiento, intervención psicológica y tratamiento de fisioterapia respiratoria en la Asociación Murciana de FQ.

3.2. 2 Recogida de información

Esta investigación ha requerido la utilización de métodos cuantitativos. La encuesta ha sido llevada a cabo a través del desarrollo de distintos procedimientos metodológicos:

- La elección de los criterios para el diseño de la muestra y la selección del universo y los participantes.
- La elaboración del cuestionario que se ha aplicado a los sujetos incluidos en la muestra.
- La preparación del trabajo de campo.
- Proceder a la realización de los cuestionarios.

Se ha optado por una muestra disponible o accidental, que selecciona aquellos sujetos posibles, pertenecientes al colectivo de estudio que se pretende estudiar. Para ello se ha elaborado previamente un listado de personas susceptibles de ser

encuestadas. Para la preparación del trabajo de campo, se ha realizado un pre-test o pilotaje de manera previa a la recogida definitiva de datos, al 10% de la población diana escogida de manera aleatoria a partir de los listados disponibles en la base de datos de la Asociación. Al mismo tiempo, se ha procedido a la preparación de los sujetos encuestados, informando de los objetivos y de la importancia de la participación en la investigación que se pretende llevar a cabo, para ello se han utilizado varios procedimientos, la comunicación de dicho estudio en la asamblea de socios y por correos masivos. Por último, se ha realizado el trabajo de campo, procediendo a la realización de los cuestionarios. Éstos se han aplicado de manera presencial, por correo electrónico y teléfono, tratando de conocer la situación actual, personal, laboral y social para la conciliación de las personas con hijos/as menores de edad con FQ. El formulario consta de 20 ítems; en el primer bloque se hace referencia al primer y segundo objetivo, la caracterización sociodemográfica del colectivo de FQ menor de edad; en el segundo bloque se hace referencia al tercer objetivo, la identificación.

Una vez obtenida la información se codificaron los cuestionarios analizando los datos mediante la plataforma de creación de datos de google drive.

Finalmente se llevó a cabo el análisis de estadística descriptiva, exposición de los datos estadísticos para cada una de las variables. Una vez realizado el proceso anterior, se ha procedido al análisis de resultados del cuestionario y a la relación de variables más significativas.

4. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

A la luz de estos datos, hemos constatado la necesidad de tratar los complejos problemas de conciliación como una cuestión urgente. Necesitamos avanzar en la mejora de la conciliación y los consecuentes beneficios para la vida del enfermo y de su familia.

Pese a las medidas adoptadas por la administración y la propia sociedad civil, todavía no existe una conciliación real, por lo que en la familia donde hay un enfermo de FQ, existe un alto impacto en la situación laboral y económica de sus miembros.

En este trabajo se han analizado los factores que explican la inexistencia de la conciliación laboral y familiar, haciendo hincapié en las diferencias de sexo. Un análisis más detallado ha permitido conocer que el perfil del cuidador principal es una mujer en el 69% de los casos, siendo éste uno de los resultados más relevantes del estudio.

En relación a las variables relacionadas con la caracterización sociodemográfica del cuidador principal encontramos, que el cuidador principal es una mujer casada, con

un nivel de estudios medio o superior, con un estado de salud afectado a nivel físico y psicológico, cuyo factor influye en la atención y cuidado de la persona con FQ.

Otra de las grandes variables que permite aproximarnos al problema de la conciliación familiar y laboral en la FQ, es la reducción de jornada laboral por parte de los cuidadores principales. Así, respecto a las características laborales, los datos más significativos son: el 33,3 % de los cuidadores principales han tenido que renunciar a trabajar y el 25% ha reducido su jornada laboral. Por tanto, la variable del ámbito laboral es una de las más afectadas, se infiere de ello que la situación laboral en las cuidadoras es más desfavorable. El nivel de precariedad y de exclusión social es más marcado, derivando a largo plazo en una falta de determinados derechos sociales, así como carencia de prestaciones por desempleo o pensiones contributivas.

Por último, recalcar que las variables referidas a la conciliación afectan a la mujer en distintos aspectos. En el plano individual la mujer ha llegado a asumir el rol de cuidadora principal como “normal”, a escala familiar. Ello desencadena tensiones a veces en la pareja respecto al reparto de tareas y cuidados. Por último, a escala colectiva se constata una reducción de sus relaciones sociales, influyendo en su desarrollo personal. Todos estos factores están provocando una situación de desventaja social para la mujer, que en este caso es la cuidadora principal propiciando una situación perjudicial para la familia y la persona con FQ.

Mediante estos datos, tratamos de algún modo de sensibilizar a la sociedad y a las instituciones con respecto a estos problemas de conciliación.

5. BIBLIOGRAFÍA

Abad, C. A. (2007). Perspectivas laborales en torno a la conciliación de la vida familiar y laboral: el reto de la compatibilidad y la corresponsabilidad. *Anuario jurídico y económico Escorialense*, (40), 243–270.

Barker, D. H., Driscoll, K. A., Modi, A. C., Light, M. J., & Quittner, A. L. (2012). Supporting cystic fibrosis disease management during adolescence: the role of family and friends: Social support in cystic fibrosis. *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 497-504. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01286.x>

Ferrer, J. G, Rigla, F. R, López, V. S, & Gomez Carretero, S. (2006). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. *Población*, 1(4), 3-7.

Fritz, M. E. (1973). *Cystic Fibrosis*. Ardent Media.

Guirao, C. (2011). Políticas de conciliación y políticas de igualdad. El caso español. *Aposta revista ciencias sociales*, (49). Recuperado a partir de

<http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/cguirao1.pdf>

Martín Llaguno, M., & Guirao Mirón, C. (2013). El marco jurídico de la conciliación. Revisión de la políticas de la conciliación en España desde 1999 hasta 2009., *13*(1).

Massini-Correas, C. I. (2015). On Human goods, Human Nature, and Natural Law. Reflections about the ideas of Javier Hervada and John Finnis. *Persona y Derecho*, (71), 229-256. <http://doi.org/10.15581/011.71.229-256>

Ministerio de Igualdad. (2010). Conciliación de la vida laboral, familiar y personal. Recuperado a partir de http://www.ib.ccoo.es/comunes/recursos/12/doc22183_Conciliacion_de_la_vida_laboral_familiar_y_personal_.pdf

Ortigosa, L. (2007a). Fibrosis quística: aspectos diagnósticos. *Colombia Médica*, 38(1), 41-49.

Salcedo Posadas, A. (2012). *Tratado de fibrosis quística*. Madrid: Justim.

Titos Gil, S., Segura Aroca, M., & Moreno López, A. B. (2013). *Prevalencia de enfermedades raras en la Región de Murcia* (Consejería de Sanidad). Murcia: Dirección General de Planificación , Investigación, Farmacia y Atención al ciudadano.

TRABAJO SOCIAL Y VIOLENCIA DE GÉNERO: IMPLICACIÓN PROFESIONAL Y TRANSVERSALIDAD

Dña. Mariló Sánchez Juárez

Trabajadora social, técnica responsable de la Dirección General de Mujer e Igualdad de Oportunidades de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

RESUMEN

La presente comunicación pretende incidir en que la práctica profesional del trabajo social ha de incorporar la perspectiva de género y reconocer las desigualdades entre mujeres y hombres. Prevenir y actuar contra la violencia de género de una forma transversal, realizando un efecto en cadena que permita aportar al ejercicio profesional un avance en la eliminación de esta lacra social.

PALABRAS CLAVE:

Trabajo Social, violencia de género, perspectiva de género, Implicación, transversalidad.

INTRODUCCIÓN

El Trabajo Social es una profesión íntimamente relacionada con la interacción de personas, grupos y sociedades, se ejerce en ámbitos donde existen desigualdades de diversa índole; temas como la violencia de género, las desigualdades salariales, la doble discriminación, los problemas de la conciliación de la vida familiar y laboral..., hacen que sea necesaria la formación y la intervención social desde una perspectiva de género. Esta formación e intervención se basa en los preceptos de igualdad y justicia social, e implica que como agentes mediadores de socialización, tengamos en cuenta la diferenciación entre mujeres y hombres para evitar posibles discriminaciones.

Así pues, partimos de un análisis de la sociedad patriarcal, de sus valores y de los mecanismos de aprendizaje y adiestramiento a los que se somete tanto mujeres como hombres.

En primer lugar decir que la violencia de género es un hecho constatado demostrado y real, constituye una de las peores lacras de la sociedad y afecta de forma directa a las mujeres y a sus hijos e hijas. Con ello quiero decir que no estamos hablando de un aspecto entre muchos que hay que tener en cuenta a la hora de intervenir, sino que es imprescindible interiorizar dicho aspecto por su

interacción generalizada en nuestra sociedad, en la intervención diaria, ya sea en atención directa, planificando, investigando o formando.

En esta comunicación no vamos entrar de lleno en el por qué se produce y cuáles son las causas de la violencia de género, considero de ante mano que se sabe o se debe de saber pero sí es necesaria una reflexión sobre nuestro posicionamiento personal y profesional, distinguiendo las funciones y la importancia de nuestra aportación.

Desde mi experiencia profesional en este campo, he de decir que me he encontrado y me encuentro a profesionales y personas que cuestionan tanto la veracidad de las mujeres que sufren la violencia de género, como los datos, los estudios, las corrientes científicas y posicionan a mujeres y a la comunidad científica y profesional en un lugar bajo sospecha.

Aunque considero que es importante la posición personal, como profesionales, no podemos caer en lo anecdótico, ni guiarnos por cuestiones no profesionales, mezclando la experiencia de personas o ideas que circulan socialmente, con lo verdaderamente profesional. Parecería que este tema, ya hablemos de igualdad de oportunidades o violencia de género, todo el mundo sabe y quiere opinar y se cuestionan las leyes, los datos de la fiscalía estatal y hasta a las personas que día a día se dejan la piel en el cumplimiento de su labor profesional.

CONTEXTUALIZACIÓN

Es necesario contextualizar algunos conceptos y cuestiones antes de entrar en nuestra posición como trabajadoras o trabajadores sociales, aunque como hemos dicho anteriormente sin entrar en profundizar en detalle, pero si es preciso partir de unas premisas comunes.

Desde el mismo momento del nacimiento, incluso desde el embarazo, se va construyendo todo un universo estereotipado en torno al nuevo ser, universo que será muy distinto según sea un niño o una niña. Se le asigna un valor a unas y a otros diferente, valorando más lo masculino que lo femenino, no dándose como naturales o biológicos sus valores sino determinados por la cultura imperante.

A lo largo de nuestro proceso de socialización, según seamos hombre o mujer aprendemos y ponemos en práctica una serie de comportamientos aceptados como femeninos o masculinos, y serán considerados como apropiados o no, favoreciendo nuestra inserción en la sociedad. A los hombres y las mujeres se les inicia en un escenario de comportamientos, sentimientos, deseos, inquietudes, emociones, estrategias, actitudes, y un largo etcétera.

Tanto los roles como los estereotipos y mandatos de género son interiorizados a través de un proceso de aprendizaje que se denomina socialización de género y que hace que las personas se adapten a las expectativas que sobre ellas tiene el resto de la sociedad en función de su sexo.

En definitiva, vivimos en una sociedad concreta, en la que prima una cultura patriarcal, y desde la infancia aprendemos a ser niños y a comportarnos como tales (valientes, duros, dominantes, decididos, fuertes, jugar con el balón...) y a ser niñas y a comportarnos como tales, con los atributos que nos son propios: sensibles, cariñosas, entregadas, maternales, sumisas, pacientes, jugar a las muñecas y a las cocinitas...

Miguel Lorente, exdelegado del Gobierno para la Violencia de Género y gran especialista en la materia, afirma que la cultura “ha estado utilizando el control social, la buena reputación, el "qué dirán" y la sensación de culpabilidad para mantener a las mujeres atadas a su identidad y a sus roles tradicionales. Cuando se ha visto que esos instrumentos coercitivos no logran mantenerlas en "su sitio", muchos hombres han decidido dar un paso más y recurrir a la violencia para lograrlo. Las mujeres se niegan a mantenerse sumisas en los roles tradicionales y muchos hombres intentan obligarlas a través de la violencia. Ese es el problema. No es un accidente, es la consecuencia de la voluntad de una cultura androcéntrica que ha minimizado y escondido la violencia de género, y que no duda en recurrir a ella cuando la situación intenta ser modificada.”

Los prejuicios y estereotipos sexistas existentes en la sociedad así como la manera en que asumimos, interiorizamos y reproducimos creencias, prejuicios y comportamientos basados en la desigualdad y el sexismo, constituyen un terreno abonado para la aparición de las diferentes manifestaciones de la violencia de género

Definamos los tipos de violencia según el siguiente esquema, que utilizamos en la formación de la Dirección General de Mujer e Igualdad de Oportunidades de la C.A. de Murcia:

Violencia hacia/contra las mujeres:

“Cualquier acto contra las mujeres que suponga el uso de la fuerza o la coacción con intención de promover o de perpetuar relaciones jerárquicas entre los



hombres y las mujeres”. Naciones Unidas. Conferencia de los Derechos Humanos. Viena, 1993.

Se trata, por tanto, de un término mucho más amplio que pone de manifiesto el maltrato que sufren muchas mujeres por el mero hecho de serlo. Por ejemplo: violencia en la pareja, violencia hacia la madre, hermana, hija..., agresiones y abusos sexuales contra la mujer, mutilación genital femenina, trata de mujeres con fines de explotación sexual, violencia contra la mujer en conflictos armados, acoso sexual en el ámbito laboral...

Violencia doméstica: se produce en el ámbito doméstico entre personas que tienen algún parentesco entre sí. Lo que caracteriza a este tipo de violencia es que cualquier miembro de la familia (hijo/a, madre, padre, hermano/a, abuelo/a, tío/a...) puede ejercerla o sufrirla.

Violencia de Género, entendida como la define la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (L.O. 1/2004, de 28 de diciembre) como aquella que se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges, o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia, y que son una manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres.

La Violencia de Género, por tanto, se ejerce por un hombre contra una mujer con la que se tiene –o se ha tenido- una relación habitual con un vínculo emocional importante.

A partir de la L.O 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, se amplía el artículo 1 de la Ley Integral y se hace alusión expresa a los/as menores como víctimas de violencia de género y, por tanto, merecedores también de medidas de protección integral.

Rasgos de la Violencia de Género:

La violencia de género no conoce de raza, edad ni clases sociales. Ha sido una constante en la historia de la humanidad y ha estado invisibilizada durante muchos años. Sin embargo, desde las últimas décadas del siglo XX ya no se considera un problema privado, sino que ha pasado a constituir un problema público, que compromete a la sociedad y a los poderes públicos. A pesar de todo, la violencia de género es una realidad presente en nuestra sociedad y afecta a un elevado número de mujeres.

La violencia de género cifras reales:

La VG es la mayor causa de mortalidad de las mujeres de edades comprendidas entre 25 y 45 años de todo el mundo.

El 70 % de las mujeres asesinadas en el mundo lo hacen a manos de sus parejas (OMS).

En los últimos 10 años en España aproximadamente 800 mujeres han sido asesinadas por sus parejas o exparejas.

Entre el 70-80% de las mujeres asesinadas en nuestro país no han denunciado nunca la violencia que sufren.

Datos de los cinco últimos años*:

Año	Mujeres VVG	Menores hijos/as VVG
2012	52	30 menores huérfanos/as.
2013	54	42 menores huérfanos/as, 6 menores asesinados.
2014	54	41 menores huérfanos/as, 4 menores asesinados.
2015	60	51 menores huérfanos/as, 4 menores asesinados.
2016	44	26 menores huérfanos/as, 1 menor asesinado.
2017(Hasta 10 de Noviembre)	44	+ 11 menores huérfanos/as, 7 menores asesinados/as.

Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género y Consejo General del Poder Judicial (informes sobre víctimas mortales de la violencia de género y de la violencia doméstica en el ámbito de la pareja o expareja)

Respecto a las denuncias falsas:

La Fiscalía General del Estado subraya que el porcentaje de denuncias falsas por violencia machista es "escasísimo": entre 2009 y 2016 las condenas por denuncias falsas fueron 79, frente a las 1.0055.992 denuncias por violencia de género presentadas en esos ocho años.

"El escasísimo porcentaje de causas incoadas cada año por delito de acusación y denuncia falsa" es "suficientemente elocuente para rebatir las voces que se alzan

en torno a la prevalencia de denuncias falsas en materia de violencia sobre la mujer", indica el Ministerio Público en su Memoria relativa a 2016.

La Fiscalía detalla que entre 2009 y 2016 se pusieron 1.0055.992 denuncias. De ellas, en ocho años sólo han resultado en condena 79 (el 0,0075 %). Si se les suma las 110 causas en tramitación -pendientes de fallo-, el porcentaje sería del 0,01 %, señala la Fiscalía.

Situación en la región de Murcia:

En relación a la región de Murcia en lo que va de año ha habido tres asesinatos de mujeres a manos de su pareja o expareja.

En los juzgados con competencias en violencia de género de la Región de Murcia recibieron 6.302 denuncias en 2016, superando en más de 1.000 a las presentadas el año anterior, un 25,2 por ciento más que en 2015, según informan fuentes del TSJ.

En las denuncias presentadas, aparecen 5.915 mujeres como víctimas de violencia de género (3.615 españolas y 2.300 de otras nacionalidades), lo que supone un incremento del 21,9 por ciento, si se compara con el año anterior.

En el informe del CGPJ también detalla el número de condenados el año pasado por violencia de género, que asciende 974 hombres enjuiciados y 3 mujeres. En los tres primeros meses de 2017, hubo un total de 243 hombres condenados.

Las cifras hablan por sí solas y aun podríamos añadir las que sufren a diario el maltrato y lo callan, las que a causa del maltrato se les ha producido una discapacidad o aquellas mujeres que por su discapacidad están en manos de sus maltratadores que al mismo tiempo, son dependientes de ellos, de las mujeres que son abusadas y maltratadas en nombre de la cultura y la religión, etc.

Estas cifras en definitiva vienen a corroborar nuestra necesidad imperiosa desde cada ámbito de profesional intervengamos para mejorar esta situación insostenible.

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN TRABAJO SOCIAL

La perspectiva de género supone considerar sistemáticamente las diferentes condiciones, situaciones y necesidades en las que viven mujeres y hombres, en todas las políticas y en los momentos de la intervención: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El Trabajo Social tiene un carácter universal y está basado en los derechos humanos y democráticos. Es evidente el cambio que se ha producido en leyes y

medidas para equiparar mismos derechos a mujeres y hombres, pero todavía queda mucho por hacer, esta profesión no puede obviar o dejar como tema secundario la importancia de incorporar la perspectiva de género en su formación y práctica, tiene que implicarse como agente de cambio y trabajar para fomentar los derechos y libertades de las personas teniendo en cuenta sus circunstancias y puntos de partida de ambos sexos.

“La intervención social tiene que tener en cuenta la perspectiva de género, para poder detectar las desigualdades entre mujeres y hombres y emprender acciones para superarlas, tales como:

- Evidenciando las relaciones de desigualdad,
- facilitando la participación y el proceso de toma de decisiones sin discriminación,
- contribuyendo a la resolución de los problemas con el reparto de responsabilidades en las familias, no recayendo el problema sólo en las mujeres,
- elaborando proyectos que tengan en cuenta las circunstancias y puntos de partida por razón de género,
- estableciendo indicadores de género en la planificación social y/o
- valorando las capacidades reales de mujeres y hombres para realizar una intervención real sin condicionamientos ni estereotipos de género”.(Sánchez, 2012:3)

Si tomamos en cuenta estos aspectos y tenemos esta perspectiva de género podremos detectar la violencia de género y en algunos casos prevenir y actuar en consecuencia.

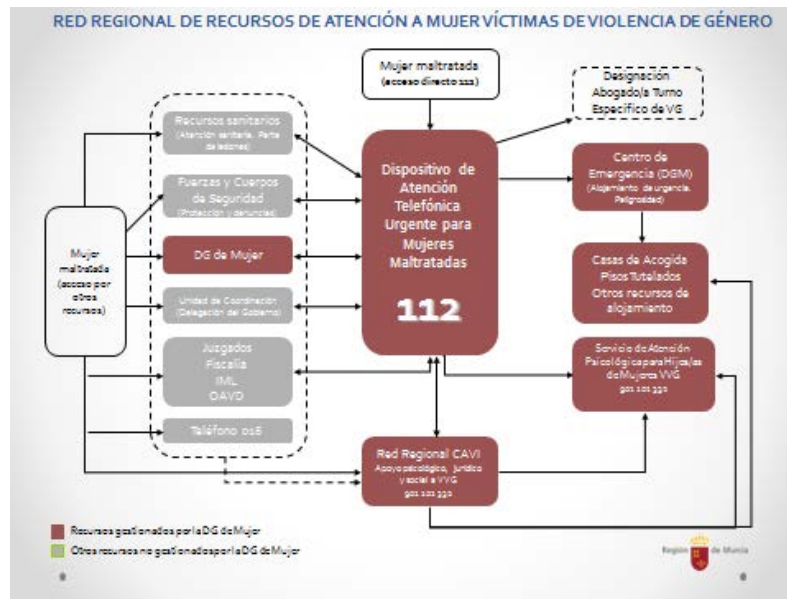
LA VIOLENCIA DE GÉNERO PREVENCIÓN DETECCIÓN Y ACTUACIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL EN LA REGIÓN DE MURCIA

En el Código Deontológico de la Profesión, en su Capítulo I, artículo 9 dice “Los trabajadores sociales deberán proporcionar la mejor atención posible a todos aquellos que soliciten su ayuda y asesoramiento, sin discriminaciones injustas basadas en diferencias de género, edad, discapacidad, color, clase social, raza, religión, lengua, creencias políticas o inclinación sexual, siempre que cualquiera de estas diferencias no encubra violencia ni abuso de poder”.

“El papel del trabajo social es fundamental en la lucha contra la violencia de género. Situando la prevención como elemento primordial en la erradicación de la violencia de género, las personas profesionales del trabajo social pueden desarrollar una tarea esencial en este campo. Para llevar a cabo este reto desde el

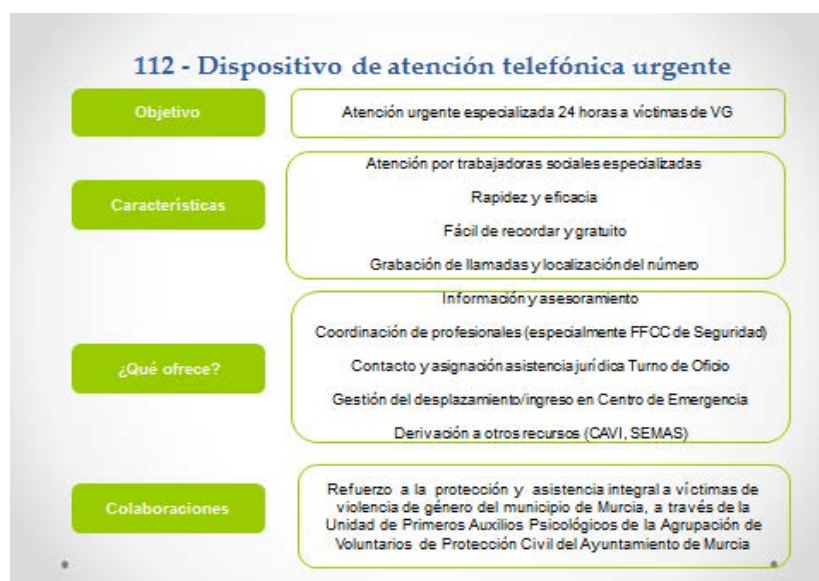
trabajo social, es importante que las personas profesionales partan de las aportaciones de la comunidad científica internacional sobre detección precoz y prevención de la violencia de género y de las prácticas que están siendo avaladas por ésta” (Ruiz 2010.1).

Antes de concretar nuestra intervención en trabajo social en violencia de género hagamos un breve resumen sobre los recursos que actualmente se disponen desde la C.A. de Murcia.



Fuente: Dirección General de Mujer e Igualdad de Oportunidades

Descripción de los recursos de forma esquemática



Centro de Emergencia

Objetivo

Asegurar la acogida y protección de la víctima en casos de urgencia, sin necesidad de denuncia previa (aunque es aconsejable)

Capacidad

30 entre mujeres y sus hijos e hijas

Características

Alojamiento gestionado por el 112
Recurso de corta estancia (15 días)
Derivación a recursos sociales, psicológicos y jurídicos necesarios
Garantía de privacidad, intimidad y seguridad
Equipo multidisciplinar (gestor, trabajadora social, abogada, psicóloga, educadoras sociales, auxiliares educativas, maestra)

Coordinación regional CAVI. Criterios básicos

Objetivo

Homogeneizar el funcionamiento de todos los centros con el fin de garantizar una atención especializada e integral

Criterios

Diferenciación de los Servicios Sociales
Asistencia a sesiones de trabajo-formación propuestas por la DG
Uso de las herramientas comunes (correos corporativos, agenda electrónica, intranet, SIGUE, modelos documentales,...)
Informar de las actuaciones que se realicen como CAVI/PAE/Itinerancia y ejecutar las acciones propuestas
Puesta en marcha y seguimiento de actuaciones sociocomunitarias
Impulso técnico de las Mesas Locales de Coordinación

SAPMEX (Servicio de atención psicológica a menores expuestos a la violencia de género)

Objetivo

Es un servicio destinado a prestar atención psicológica especializada a menores, de entre 0 y 18 años, expuestos/as a la violencia de género en el entorno familiar.

Objetivo

El objetivo es determinar la afectación por la situación de la violencia vivida y realizar tratamiento psicológico para mejorar sus condiciones de vida, así como realizar asesoramiento con los y las cuidadoras principales, y con otros agentes implicados en su desarrollo.

REDUCIR EL IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO



Coordinación en materia de violencia de género. SIGUE

Unificación bases de datos

Unificar aplicaciones informáticas

Reducción victimización secundaria

Información más accesible

Estadísticas unificadas

Establecimiento de diferentes niveles de acceso y privacidad





Fuente: Plan de Atención Personalizada para víctimas de violencia de género. Edición con pautas de atención a mujeres con discapacidad Comunidad Autónoma de la Región de Murcia Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades Dirección General de Mujer e Igualdad de Oportunidades. 2017

LA FUNCIONES DE LAS Y LOS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL QUE TRABAJAN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El personal de los recursos que participan en el proceso de intervención con mujeres víctimas de violencia de género ha de tener presentes los siguientes principios generales conceptuales en los que debe basarse cualquier actuación relacionada con esta materia para garantizar la individualización de la respuesta: (Protocolo de actuación individualizada, D.G.M.I.O. 2017:5)

Aspectos a tener en cuenta en la intervención con mujeres que sufren violencia de género:

Es necesario que cualquier profesional que trabaje con mujeres que sufran o hayan sufrido violencia de género contemple los siguientes principios básicos, como elementos fundamentales en su intervención:

- Trabajar con perspectiva de género.
- «No hacer» es permitir que la violencia continúe y que la situación social y la salud de las mujeres empeoren. Escuchar y actuar contribuye a poder resolver el

caso y a hacer desaparecer los mitos y creencias que acompañan a la violencia de género.

- Proporcionar una asistencia integral y personalizada, que dé cobertura a las diferentes necesidades derivadas de la situación de violencia y facilite el acceso a todos los recursos y prestaciones disponibles que resulten más idóneas en función de las circunstancias personales y sociales de cada caso.
- Orientar a la mujer hacia el empoderamiento, como principal objetivo de la intervención, ayudándola en la conquista del control sobre sí misma y su vida mediante la recuperación en las áreas psicológica, sexual, física y social.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso de atención respetando su propia evolución y hacerle sentirse siempre acompañada, asesorada y ayudada en la toma de decisiones.
- Combatir el aislamiento y la culpa que, con frecuencia, sufren las mujeres maltratadas. Es prioritario evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento.
- Combatir la visión que el maltratador le ha impuesto sobre ella misma, sobre su relación con él y su entorno, y sobre la realidad y el mundo en general.
- No recomendar nunca terapia de pareja, sino promover que la propia víctima abandone la situación de maltrato en la que vive.
- Asegurar la confidencialidad de los datos y de las actuaciones.
- Ofrecer un lugar seguro y acogedor para la atención
- Valorar el riesgo. Es imprescindible como parte del proceso de atención a la mujer realizar una valoración del peligro, con el fin de activar los recursos adecuados que permitan proteger de manera efectiva a las mujeres, y a las personas a su cargo, de nuevas agresiones
 - Actuar con eficacia y agilidad. Debe garantizarse una coordinación eficaz y ágil con el fin de actuar con la inmediatez requerida en estas situaciones.
- Evitar la victimización institucional y de los y las profesionales.
- Conocer técnicas básicas de manejo de entrevista que ayuden a la mujer a expresar y verbalizar su historia, atendiendo a sus circunstancias particulares, y respetando siempre los propios tiempos marcados por su proceso de recuperación.

- Desnaturalizar y visibilizar la violencia de género, así como reducir el umbral de tolerancia que tienen las mujeres que sufren maltrato.
- Evitar actitudes paternalistas, de sobreprotección, así como opiniones o comentarios culpabilizadores, dar consejos o tomar decisiones por la mujer.
- Manifestar una implicación activa, empática y de apoyo, evitando distracciones, e intentar desarrollar una alta tolerancia a la frustración
- Identificar el problema poniéndole nombre y prestar información de manera clara y comprensible de la violencia de género, su origen y otros aspectos, y de cómo estas variables influyen en las relaciones de pareja.
- Cuidar el lenguaje, y no utilizar etiquetas o palabras técnicas difíciles de comprender.
- Garantizar una atención personalizada y de calidad, a través del establecimiento de citas previas cuando sea posible.
- Fomentar la creación de redes sociales entre usuarias como elemento de apoyo personal y social y potenciar el adecuado uso de los recursos públicos.

Intervención social

Para el buen desempeño del o la profesional de trabajador social, ha de tener un amplio conocimiento sobre prestaciones y ayudas, públicas y privadas, de ámbito municipal, regional y estatal, así como de diferentes recursos que cubran las necesidades de la usuaria. Así mismo, desde el ámbito social se debe llevar a cabo una búsqueda constante de recursos, dirigidos a cubrir las necesidades de las mujeres víctimas de violencia de género.

Por otro lado debe ser el motor de dinamización de las actividades del servicio en relación a toda la población del municipio, por lo que debe coordinarse con su equipo u otros u otras profesionales, con el fin de darse a conocer en el resto de recursos municipales que trabajan con mujeres que sufren violencia y establecer los cauces de comunicación adecuados.

LA IMPLICACIÓN PROFESIONAL. VISIÓN TRASVERSAL A LA HORA DE INTERVENIR

Cuando hablamos de Transversalidad, nos referimos al proceso de evaluar las implicaciones para mujeres y hombres en la planificación de cualquier acción, incluyendo la legislación, las políticas y los programas de actuación de cualquier área y a todos los niveles. Es una estrategia para hacer que las inquietudes y

necesidades de mujeres y hombres formen parte de una dimensión integral en el diseño, implementación, control y evaluación de las medidas y programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales con el fin de evitar la perpetuación de desigualdades entre mujeres y hombres.

“Las especiales características que envuelven el complicado proceso de la violencia de género, exige abordar esta lacra social desde una dimensión integral, entendiendo las peculiares condiciones psicológicas, físicas, económicas, y emocionales en general en las que queda presa la mujer, víctima de violencia, y su descendencia, quien convive con el terror.

La gravedad de esta lacra social supera, si cabe, el nivel de persecución de ésta como serio atentado a los derechos humanos de las mujeres, elevándolo además a la categoría de problema para la salud pública y cívica de la ciudadanía, que padece violencia.

Y ello obliga a tener que tomar medidas desde todos los flancos: desde el sistema jurídico, desde las instituciones educativas, desde la Salud, desde los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, desde los Medios de Comunicación, desde los equipos de profesionales de Trabajo Social y Psicología, sin olvidarnos de la necesaria coordinación y compromiso por parte de las Instituciones, ya fuere a nivel nacional, autonómico o local”. (Guía de Intervención profesional en mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito del trabajo social, Dirección General de Violencia de género de la Consejería para la Igualdad de la Junta de Andalucía, 2009).

Por ello es necesaria la implicación de las instituciones y profesionales de cara a realizar una intervención completa y efectiva, si no hay coordinación ni visión transversal el problema seguirá existiendo y perdurando en el tiempo, frustrando a usuarias y profesionales.

CONCLUSIONES

- Establecer estrategias de formación, prevención y toma de conciencia contra la violencia machista a profesional. Formación con perspectiva de género.
- Actuar de forma profesional desterrando mitos, creencias y experiencias personales.
- Combatir los mitos sobre los que se apoya la desigualdad entre mujeres y hombres, que ayudan a perpetuar y justificar este tipo de violencia.
- La prevención es una actuación prioritaria como estrategia básica para la erradicación de la violencia contra las mujeres

- Es prioritario garantizar la sensibilización y formación continuada en esta materia a todo el personal de las distintas instituciones implicadas y trabajar de forma transversal.
- El impulso de la investigación por parte de todos los ámbitos implicados es necesario para ampliar el conocimiento sobre este problema y requiere la realización de informes y estudios sobre la situación de la violencia contra la mujer en cada una de sus áreas.
- Es necesario intensificar la cooperación, coordinación y colaboración entre las distintas administraciones públicas
- Preservar la imagen y la información sobre la violencia de género, respetando la integridad y dignidad de las mujeres que la sufren.
- Las mujeres víctimas de violencia de género tienen derecho a una asistencia integral, psicológica, social y jurídica y las administraciones públicas, deben garantizar esa atención así como su protección y seguridad y otras ayudas y apoyos, en función de sus necesidades específicas y cambiantes a lo largo del tiempo.
- Los hijos e hijas expuestos a la violencia de género son víctimas directas. Por ello es necesario adoptar medidas encaminadas a la atención y protección de las personas menores a su cargo, en orden a garantizar sus derechos, su bienestar y su desarrollo integral.

BIBLIOGRAFÍA

- Elboj, L y Ruíz, L.(2010).Trabajo Social y Prevención de La Violencia de Género Social Revista Trabajo Social Global. volumen (2), pp 220-233 <http://tsghipatiaeditorial.com/index.php/tsg1>
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Dirección General de Mujer e Igualdad de Oportunidades (.2017).Plan de Atención Personalizada para víctimas de violencia de género. Edición con pautas de atención a mujeres con discapacidad. Murcia.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Dirección General de Mujer e Igualdad de Oportunidades (.2012).Protocolo de Funcionamiento de la Red Regional CAVI (Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia de Género).Murcia

- Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (1999). Código Deontológico de la Profesión de Trabajo Social.
Madrid.http://www.cgtrabajosocial.es/index.php?option=com_content&task=view&id=2&Itemid=5 -
- Dirección General de Violencia de Género. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía (2009).Intervención profesional en mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito del trabajo social. Obra colectiva: Rubio, A. Gil, J.M.; Paz J.I. Peralta, E. Ana Alcázar M. Gila, P. Junta de Andalucía.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (BOE» núm. 313, de 29 de diciembre de 2004, páginas 42166 a 42197 Sección: I. Disposiciones generales Departamento: Jefatura del Estado).España-
- Portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de Oportunidades. Recuperado el 10 de noviembre de 2017.
- <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/home.htm>.
- Sánchez, C. (2009) Violencia de Género entre Jóvenes”. Área Penal de Thomson Reuters Lex Nova, Blog. pp 2.
- Sánchez, M, (2012).Análisis de las aportaciones del trabajo social al perfil profesional de agente de igualdad y su sinergia. Trabajo fin de Grado. pp 5. Departamento de Sociología y Política Social. Área de Trabajo Social y Servicios Sociales dela Universidad de Murcia.

MULTIFUNCIONALIDAD EN TRABAJO SOCIAL:

¿QUE FUNCIONES DESEMPEÑAMOS Y CUALES QUEREMOS REALIZAR?

Dña. Carmen Tristante Ortíz

Trabajadora social en ONCE Murcia y profesora asociada de la Facultad de Trabajo Social de Murcia.

Resumen:

Se pretende crear un espacio de reflexión y debate en torno a la multifuncionalidad del trabajo social en los diferentes ámbitos profesionales de la Región de Murcia y el posicionamiento de los trabajadores sociales hacia las funciones existentes y los nuevos retos profesionales.

Se repasa el marco teórico funcional recogido en el código deontológico, en los estatutos de la profesión del Consejo General, en el Libro Blanco de La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) y en el Informe de Funciones realizado por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Murcia. A modo de ejemplo, se exponen algunas conclusiones del estudio descriptivo realizado sobre el desempeño de la función mediadora por los profesionales de la Región de Murcia en 2013.

Finalmente se analizan las funciones desde las diferentes perspectivas de los actores del Trabajo Social y se plantean unas cuestiones a modo de discusión y autoevaluación sobre las funciones que debemos y las que queremos desempeñar, teniendo en cuenta el mandato institucional, las exigencias sociales y el fin último de nuestra intervención: El mayor grado de bienestar de individuos, grupos y comunidades.

Palabras clave: Trabajo Social, Multifuncionalidad, Desempeño, Autoevaluación

1. INTRODUCCIÓN:

Estimadas compañeras, compañeros, empleadores, representantes institucionales y resto de asistentes. En primer lugar deseo dar las gracias al colegio profesional de Trabajo Social de Murcia y al comité científico por haberme brindado esta oportunidad aceptando esta comunicación.

La idea inicial parte de la docencia en la asignatura de Fundamentos y Deontología, del concepto, finalidad del Trabajo Social (TS) y los principios éticos; de la experiencia práctica como trabajadora social y del estudio realizado para el

Trabajo Fin de Máster en Mediación (en adelante TFM) sobre la función de mediación, que me llevó al conocimiento multifuncional en general y de la función mediadora en particular.

En el citado estudio, entre otras conclusiones se evidenció la paradoja entre la motivación por mediar de los profesionales y la derivación que al mismo tiempo hacían a otros Servicios de Mediación Especializados (SME en adelante), hecho que me llamó la atención y me hizo plantear las siguientes cuestiones:

- ❖ Si la mediación es una función del TS y queremos desempeñarla, por qué la derivamos a otros servicios o profesionales?
- ❖ Esto sucede sólo con la Mediación, o también con otras funciones?
- ❖ Qué funciones desempeñamos en la actualidad y cuales derivamos?
- ❖ Si derivamos, con que funciones nos quedaremos los TT.SS en el futuro?
- ❖ Que funciones deberíamos proteger para conseguir el fin último profesional?
- ❖ Cuales queremos desempeñar?

Partiendo de que el TS se contextualiza en ámbitos muy diversos como organismos internacionales, Administraciones públicas, universidades, empresas privadas, entidades del tercer sector, con las peculiaridades políticas y organizacionales de cada una y que se puede ejercer por cuenta ajena o de forma libre, resulta complejo determinar funciones para cada espacio profesional, si bien, me gustaría con esta comunicación, abrir una vía de debate funcional, reflexión sobre las causas que nos llevan a desempeñar unas determinadas funciones u otras en nuestro día a día y autoevaluación para discriminar las que queremos realizar y visibilizar, en definitiva, discusión que nos inspire en la homogeneidad y calidad de la intervención, en la defensa profesional y en la consecución del objetivo final de nuestra acción: el bienestar social de individuos, familias y comunidades.

Para ello expondré las conclusiones sobre el estudio de la función mediadora a modo de ejemplo, a continuación se repasará el marco normativo y teórico, se conceptualizarán y analizarán las funciones con el desempeño multifuncional desde el punto de vista de los empleadores, los usuarios, otros profesionales y nosotros mismos, para llegar a las cuestiones que nos sirvan de autoevaluación y discusión profesional.

2. DESEMPEÑO DE LA FUNCIÓN MEDIADORA EN MURCIA

En el TFM titulado *MEDIACIÓN REALIZADA DESDE EL TRABAJO SOCIAL EN LA REGIÓN DE MURCIA* del 2013, presentado en el II Congreso Internacional de TS (La Rioja, abril 2016), se realizó un estudio de alcance

descriptivo con metodología mixta, donde se llevó a cabo un trabajo de campo con TT.SS de la región en activo representantes de diferentes ámbitos profesionales; Servicios sociales de atención primaria, sistema educativo, sanitario, judicial y de diversas fundaciones y ONGs del tercer sector. Con una muestra cuantitativa del 10% de colegiados (53 cuestionarios), un análisis cualitativo de 13 profesionales supervisores de prácticas, a través de las memorias de los alumnos y 3 entrevistas en profundidad a profesionales expertos con responsabilidad en los servicios sociales públicos. (Aprovecho para agradecer de nuevo su colaboración a todos ellos).

De los resultados del estudio se extraen las siguientes conclusiones relacionadas con el tema que nos ocupa que pudieran ser de interés:

- Se evidencia la vinculación histórica y actual entre TS y Mediación. *Ambas intervienen en las relaciones sociales buscando el empowerment de las personas y su bienestar desde principios de igualdad, justicia y equidad social* (Rondón y Munuera, 2009; citado por Munuera 2012:98).
- La función mediadora del TS, tal y como plantean las profesoras García-Longoria y Sánchez (2004), es entendida por los TT.SS de Murcia como una herramienta y técnica profesional, como estrategia y recurso de la intervención que ayuda a las personas a que ellas mismas resuelvan los conflictos entre las partes enfrentadas, fomentando su empoderamiento y bienestar. Dicha función comprende una variedad de actuaciones que irán desde la cultura de paz, la intermediación, la medicación previa, hasta el propio proceso mediador.
- Los tipos de conflictos mediados por los profesionales del TS de la Región son por orden de frecuencia: Intrafamiliares, Extrafamiliares relacionados con la Red de apoyo, con la Familia extensa, los derivados de la Dependencia/salud, los de índole Cultural/género y los Grupales/comunitarios. La mediación se revela como un recurso eficaz, abordable desde el TS desde cualquier ámbito de actuación (Rondón y Munuera 2009) y compatible con otras actuaciones llevadas a cabo desde el TS.
- Los TT.SS desempeñan Mediación Socio Familiar Relacional (MESOFARE) dentro de sus funciones, desde todos los ámbitos profesionales con bastante frecuencia, de acuerdo con la competencia general del perfil profesional señalado en el Libro Blanco del TS (2005), confirmando que *podemos realizar mediación familiar en contexto de TS y en el Trabajo psicosocial con familias llevado a cabo desde la atención primaria de los centros de SS.SS*, como sostienen los profesores Rondón y Munuera (2009)

- Los TT.SS de la Región de Murcia derivan frecuentemente también la mediación a los S.M.E, al considerar que no tienen la formación suficiente para mediar, que existen servicios especializados para atender los conflictos, o por limitaciones funcionales, de tiempo o personales que les impiden llevar a cabo la función. En este sentido, Rondón (2010) concluye que los estudios de TS capacitan para mediar. Por otro lado, la situación de crisis actual con los recortes en SS.SS, estando Murcia a la cabeza de España y el aumento de demandas en necesidades básicas como pone de manifiesto el ISSE (2014), puede explicar esta paradoja.
- Aunque los profesionales estudiados que median cuentan con formación y experiencia profesional alta, capacidades y habilidades mediadoras. Así lo apoya la investigación de Rondón (2010), la gran mayoría de ellos señalan la necesidad de formación, experiencia y autoestima profesional como elementos claves para mediar. Este mismo hecho se revela en la demanda de formación histórica del colectivo de TT.SS y la necesidad señalada por una parte de los profesionales del TS (10%) de elevar la autoestima profesional. (ISSE 2014).

3. MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO FUNCIONAL DEL TRABAJO SOCIAL:

La normativa que recoge las funciones del TS es la siguiente:

- **Código Deontológico del TS:** Vigente y aprobado por unanimidad el día 9 de junio de 2012, en Asamblea General Extraordinaria de Colegios Oficiales de Trabajadores Sociales y y Asistentes Sociales, el cual recoge conjunto de valores, principios y normas que han de guiar el ejercicio profesional de los/as trabajadores sociales en el Estado español (art. 1). y las siguientes 13 funciones:

Información- Investigación- Prevención- Asistencia. Atención directa- Promoción e inserción social -Mediación- Planificación- Gerencia y dirección- Evaluación- Supervisión- Docencia- Coordinación

- **El Estatuto de la profesión:** Texto aprobado en Asamblea General Extraordinaria de 29 de septiembre de 2001 por el Consejo General. En el capítulo II se definen las facultades generales y específicas y las principales funciones a desarrollar por los Trabajadores Sociales, coincidentes con las recogidas en el código deontológico.
- **El Libro Blanco del Título de Grado en TS (LBTS) :** La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA)2005, define el perfil profesional del TS y Describe las dos formas complementarias de la intervención , de vital importancia en el desempeño profesional: la

Intervención directa y la *Intervención indirecta* y define las diez Áreas profesionales siguientes:

1. Asistencial. 2. Preventiva. 3. Promocional-Educativa. 4. Mediación
5. Transformadora 6. Planificación Y Evaluación 7. Rehabilitación. 8. Planificación análisis de procesos sociales y necesidades y evaluación. 9. Gerencia y Administración. 10. Investigación y Docencia.

Recoge Las funciones a desarrollar por los diplomados en Trabajo Social/ asistentes sociales en el ejercicio profesional, tanto por cuenta propia como ajena, y define las siguientes: 1. Función preventiva: 2. Función de atención directa: 3. Función de planificación: 4. Función docente: 5. Función de promoción e inserción social: 6. Función de mediación: 7. Función de supervisión: 8. Función de evaluación: 9. Función gerencial: 10. Función de investigación: 11. Función de coordinación:

- **Informe Funciones del TS (IFTS):** Realizado por el colegio Oficial de Trabajadores sociales de Murcia en el 2015. El cual repasa el marco normativo de funciones anteriormente expuesto, describe cada una de ellas en los diferentes ámbitos de la Región, el convenio entre la Comunidad Autónoma y las entidades locales y el análisis funcional para llegar a unas conclusiones y propuestas reivindicativas funcionales para el colectivo profesional.

Para el análisis en esta comunicación, se van a tener en cuenta las funciones generales necesarias para la intervención profesional de acuerdo con las competencias educativas adquiridas en sus estudios universitarios y para el cumplimiento de la deontología profesional, en base al marco normativo anteriormente expuesto, sistematizando las siguientes funciones:

1. **Función de Información:** Esta función tiene como objetivo facilitar a los personas y colectivos *el conocimiento sobre sus propios recursos y los sociales para que puedan escoger y hacer uso de sus derechos* (Pastor, E. y et al , 2014:68, CGTS, 2015y LBTS, 2005)
2. **Función de Investigación:** El trabajador social estará obligado no sólo a la investigación inherente a las funciones señaladas sino a las que se relacionan con su propio trabajo profesional para revisarlo permanentemente y buscar nuevas formas de enfocar y afrontar los problemas vitales a que debe dar respuesta. (LBTS,2004)
3. **Función Preventiva:** Actuación precoz sobre las causas que generan problemáticas individuales y colectivas, derivadas de las relaciones

humanas y del entorno social. Elaboración y ejecución de proyectos de intervención para grupos de población en situaciones de riesgo social y de carencia de aplicación de los derechos humanos (CGTS, 2015y LBTS, 2005)

4. **Función Asistencial:** Responde a la atención de individuos o grupos que presentan, o están en riesgo de presentar problemas de índole social. Su objeto será potenciar el desarrollo de las capacidades y facultades de las personas, para afrontar por sí mismas futuros problemas e integrarse satisfactoriamente en la vida social. Mediante la detección y tratamiento psicosocial de las necesidades sociales individuales, grupales, familiares y de la comunidad, los trabajadores sociales gestionan los recursos humanos y organizativos, contribuyendo así a la administración de las prestaciones de responsabilidad pública, su distribución, y la protección de las poblaciones. (LBTS, 2005)
5. **Función Educativa:** No se puede comprender la función de prevención sin una labor educacional que ayude a las personas y los grupos sociales a hacer uso de las oportunidades que existen a su disposición. Capacitarles para la toma de decisiones y asunción de responsabilidades. (Se considera una condición transversal). (LBTS,2005)
6. **Función de Promoción e inserción social:** Se realiza mediante actuaciones encaminadas a restablecer, conservar y mejorar las capacidades, la facultad de autodeterminación y el funcionamiento individual o colectivo. También mediante el diseño y la implementación de las políticas sociales que favorezcan la creación y reajuste de servicios y recursos adecuados a la cobertura de las necesidades sociales. (CGTS,2015)
7. **Función Mediadora:** En la función de mediación el diplomado en Trabajo Social/asistente social actúa como catalizador, posibilitando la unión de las partes implicadas en el conflicto con el fin de posibilitar con su intervención que sean los propios interesados quienes logren la resolución del mismo. (CGTS, 2015y LBTS, 2005)
8. **Función Transformadora** Mediante cualquier método de investigación el trabajador social aumenta su conocimiento para tratar de modificar las prácticas sociales que crean desigualdad e injusticia social y, por tanto, condicionan el desarrollo autónomo de los sujetos. (LBTS,2005)
9. **Función Rehabilitadora:** El trabajador social contribuye al bienestar y posibilita la integración social de aquellas personas y colectivos que por razones personales o sociales se encuentran en una situación de desventaja social. (LBTS,2005)

- 10. Función de Planificación:** Es la acción de ordenar y conducir un plan de acuerdo con unos objetivos propuestos, contenidos en un programa determinado mediante un proceso de análisis de la realidad y del cálculo de las probables evoluciones de la misma. Esta función se puede desarrollar a dos niveles: microsical, que comprende el diseño de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales y macrosical, que comprende el diseño de programas y servicios sociales. (CGTS, 2015y LBTS, 2005)
- 11. Función de Evaluación:** Tiene la finalidad de constatar los resultados obtenidos en las distintas actuaciones, en relación con los objetivos propuestos, teniendo en cuenta técnicas, medios y tiempo empleados. También la de asegurar la dialéctica de la intervención. Indica errores y disfunciones en lo realizado y permite proponer nuevos objetivos y nuevas formas de conseguirlos. Favorece las aportaciones teóricas al trabajo social.
- 12. Función de Coordinación:** Para determinar mediante la metodología adecuada las actuaciones de un grupo de profesionales, dentro de una misma organización o pertenecientes a diferentes organizaciones, a través de la concertación de medios, técnicas y recursos, a fin de determinar una línea de intervención social y objetivos comunes con relación a un grupo poblacional, comunidad o caso concreto. (LBTS,2005)
- 13. Función Gerencial:** Se desarrolla cuando el trabajador social tiene responsabilidades en la planificación de centros, organización, dirección y control de programas sociales y servicios sociales. (CGTS, 2015y LBTS, 2005)
- 14. Función de Supervisión:** Proceso dinámico de capacitación mediante el cual, los diplomados en Trabajo Social/asistentes sociales responsables de la ejecución de una parte del programa de un servicio, reciben la ayuda de un profesional del Trabajo Social con la finalidad de aprovechar de la mejor forma posible sus conocimientos y habilidades y perfeccionar aptitudes de forma que ejecuten sus tareas profesionales de un modo más eficiente y con mayor satisfacción, tanto para ellos mismos como para el servicio. (CGTS, 2015y LBTS, 2005)
- 15. Función Docente.** Los conocimientos acumulados y las experiencias vividas habrá de ponerlas permanentemente a disposición de los colegas y, particularmente, de los futuros nuevos profesionales que aprenderán de los libros y de su trabajo personal tanto como de la relación directa en el propio campo de trabajo. También incluye la docencia en el sistema formativo- laboral, a colectivos sociales y la formación continua de los TT.SS (Pastor, E. y et al , 2014, CGTS,2015)

4. ANÁLISIS MULTIFUNCIONAL DEL TS

Las funciones anteriores propias de la profesión, tenemos que desempeñarlas bajo el mandato institucional, acomodándonos a los empleadores, consensuando con otros profesionales, dando respuesta a las necesidades de los usuarios e intentando sentirnos competentes como profesionales, en definitiva controlando todos los elementos que constituyen al ejercicio del rol profesional como garantías del éxito.

Conscientes de la dificultad de la generalización funcional, por las peculiaridades y necesidades únicas en cada ámbito o entidad, se realiza a continuación un intento de análisis del desempeño de las funciones desde el punto de vista de los diferentes actores del TS: Empleadores, Otros profesionales, Usuarios y nosotros mismos, utilizando una escala likert para representar el grado de facilitación en el desempeño de cada función:

1. Poco o nada facilitador
2. Algo facilitador
3. Suficiente facilitador
4. Bastante facilitador
5. Máximo facilitador

FUNCIÓN	EMPLEADORES	O.PROFESIONALES	USUARIOS	NOSOTROS MISMOS
Información	4	4	5	5
Investigación	1	-	2	3
Preventiva	1	3	2	2
Asistencial	5	5	5	5
Educativa	2	4	3	4
Promoción I.S	5	4	4	5
Mediadora	1	3	2	2
Transformadora	2	4	2	4
Rehabilitadora	3	3	2	4
Planificación	2	4	1	3
Evaluación	5	3	1	2
Coordinación	3	3	3	3
Gerencial	5	5	5	5
Supervisión	1	1	1	2
Docente	2	-	-	3

Algunos elementos limitantes para el desempeño funcional, de acuerdo con los resultados y conclusiones de los estudios analizados son:

-Aumento de las demandas y urgencias sociales

- Aumento de carga funcional y de trabajo por reducción de personal
- Sobrecarga de tareas administrativas
- Falta de tiempo,
- Duplicidad y existencia de otros servicios donde poder derivar
- Falta de formación o experiencia
- Baja autoestima profesional.

5. DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

La crisis y los recortes han creado un escenario social desolador con nuevas formas de exclusión y de injusticia social, tal y como ponen de manifiesto los medios de comunicación, universidades, y entidades sociales. El enquistamiento de la crisis está dando lugar a sistemas sociales fracasados, que como señala Ana Lima, Presidenta del Consejo General de TS, exigen de nuevos paradigmas centrados en la sostenibilidad y en las personas y por tanto, también van a llevar nuevas exigencias funcionales y retos profesionales para el TS.

Son malos tiempos para la reflexión, el seguimiento y la planificación, contamos con los mismos recursos humanos que hace treinta años, más desgastados y con más demandas sociales y funcionales, que nos está obligado a responder a las urgencias parcheando y limitando la ejecución de funciones esenciales del TS. Pero como toda crisis, esta también está generando algunos cambios favorables, como el replanteamiento del objetivo del TS, un guiño al origen del TS, a las pioneras Mary Richmond, Jane Adams o Concepción Arenal del S.XIX, que pusieron el acento en la reivindicación de derechos sociales y en el profesional como recurso en sí mismo en la relación de ayuda.

Se hace necesario seguir reivindicando políticas justas, recursos que garanticen el bienestar básico de la población, y apoyos administrativos para los TT.SS que nos liberen del exceso de burocratización, pero también es precioso que autoevaluemos nuestra intervención y adoptemos actitudes homogéneas y pongamos límites a lo que debemos y queremos hacer para transmitir a las nuevas generaciones de TT.SS, a los empleadores, los usuarios y la población en general, que sepan lo que pueden esperar de nosotros, al tiempo que nos permita afrontar los nuevos retos funcionales con calidad y excelencia profesional.

La experiencia nos ha enseñado que lo importante no es lo que nos pase, sino la actitud con la que hacemos frente a lo que pase, que si dejamos espacios otros lo ocuparán, que solo creyendo en lo que hacemos, construiremos la realidad, que si nada se mueve nada cambia, que si gestionamos recursos, movilizamos personas, que moviendo personas nos movemos a nosotros mismos, y eso

siempre implica reflexión, dudas y dilemas, dilemas necesarios para la ética y la estética en esta bonita profesión-

Se invita a la reflexión y discusión funcional a través de las siguientes cuestiones:

- Queremos asistir a los usuarios aplicando recursos que perpetúan la situación y la institucional dependencia, o acompañadores en su desarrollo, autonomía y autodeterminación ¿
- Queremos atender las urgencias o dedicar el tiempo imposible a evitarlas?
- Queremos gestionar recursos para bienestar actual o educar para la responsabilidad, la cooperación, solidaridad y la justicia social futura?
- Queremos solucionar las demandas con celeridad o evaluar las necesidades, diagnosticar, planificar y evaluar de acuerdo con la metodología profesional?
- Queremos resolver de forma individual o coordinar la acción de forma conjunta con otros profesionales?
- Queremos mediar, rehabilitar, transformar, intervenir o derivar a otros profesionales?
- Qué queremos hacer los TT.SS?

Muchas gracias por la atención

6. BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2005). *Libro Blanco de Título de Grado en Trabajo Social*. Ministerio de Educación y Universidades.
- Carbonero, D. y et al (2016) *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global*. Libro de actas II congreso internacional de TS. Universidad de la Rioja
- Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia (2015). Informe funciones del Trabajo social. Publicación digital.
- Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (2015). *Código deontológico de profesión del Diplomado en Trabajo Social*. Madrid.
- Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (2014). *I Informe sobre Servicios Sociales en España*. Madrid.

- García-Longoria, M. P. y Sánchez, A. (2004) *La Mediación familiar como forma de respuesta a los conflictos familiares* Revista Portularia, Universidad de Huelva. 4, 261-268.
- García, L. (2006) *Mediación en conflictos familiares. Una construcción desde el derecho de la familia*, Colección de mediación y resolución de conflictos, Madrid.
- Pastor, E. y et al (2014) *Prácticas y supervisión en Trabajo Social*. Murcia: Diego Marín.
- Rondón, L. M y Munuera, M.P (2009) *Mediación familiar: un espacio de intervención para trabajadores sociales* Revista Trabajo Social nº11. Bogotá
- Rondón, L .M. (2010) *El papel del Trabajo Social en el ámbito de la Mediación Familiar: La adquisición de competencias profesionales para un adecuado abordaje de la práctica profesional*. Documentos de Trabajo Social. Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga. 48. 137-157.

9.2.4. TRABAJO SOCIAL EN EDUCACIÓN, INFANCIA Y FAMILIA

ACTUACIÓN E INTERVENCIÓN DESDE LOS EQUIPOS DE INTERVENCIÓN EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (EIADE) DEL AYUNTAMIENTO DE MURCIA:

UNA REFLEXIÓN DESDE LA PRAXIS PROFESIONAL

D. Enrique Cifuentes Díaz
Dña. Cristina Gistau Valasco
Trabajadores sociales EIADE “Centro Norte”, Ayto. de Murcia.

Dña. Ana García-Estañ Forn
Dña. M^a del Pilar Andújar Rodríguez
Trabajadores sociales EIADE “Ciudad de Murcia”, Ayto. de Murcia.

Dña. Amparo Morales Hernández-Ardieta
Dña. M^a Isabel Soto Carrasco
Trabajadores sociales EIADE “Centro Sur”, Ayto. de Murcia.

RESUMEN

En el 2013 el Ayuntamiento de Murcia instaura el Programa Municipal de Atención a Personas en situación de Dependencia, creando para ello un Equipo de Intervención y Atención a la Dependencia en cada uno de los tres Centros de Servicios Sociales.

Desde entonces, todas las demandas, gestiones e intervenciones relacionadas con personas reconocidas con grado de dependencia se abordan desde estos Equipos, convirtiéndose en un referente profesional para los usuarios y resto de profesionales relacionados con el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Los Equipos canalizan las demandas realizadas por parte de los profesionales de las Unidades de Trabajo Social de Zona, por los técnicos de las diferentes Direcciones Generales del IMAS y de otras entidades públicas y/o privadas y por los propios dependientes.

Se pretende con esta comunicación que el modelo de los Equipos de Dependencia en el Ayuntamiento de Murcia sea visible a otros profesionales que estén actuando desde el ámbito de Atención Primaria de los servicios sociales.

ABSTRACT

In 2013, the Murcia City Council established the Municipal Program for Attention to Persons in a Dependence Situation, creating for it a Team for Intervention and Attention to Dependence in each of the three Social Services Centers.

Since then, all demands, actions and interventions with recognized persons with a degree of dependency are addressed from these teams, becoming a professional reference for users and other professionals related to the System of Autonomy and Care for Dependence (SAAD) .

The Teams canalizes the demands made by the professionals of the Zone Social Work Units, by the technicians of the different General Directorates of the IMAS and of other public and/or private entities and by the dependents themselves.

It is intended with this communication that the model of the Dependence Teams in the City of Murcia is visible to other professionals who are acting from the field of Primary Care of social services.

PALABRAS CLAVE

Equipo (EIADE), Ley de Dependencia (LAPAD), CLD (Cuidados de larga duración), intervención, servicios sociales.

FUNDAMENTACIÓN/JUSTIFICACIÓN

Hay un claro mandato competencial de la LAPAD en la Constitución del 78, fijado en su disposición octava, que recoge como competencia exclusiva del Estado, en su artículo 149.1.º, para regular las condiciones básicas que garantizan la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de sus derechos. En la descentralización de la gestión del sistema de la dependencia y atención a los CLD (Cuidados de Larga Duración), el Estado tiene encomendado garantizar las prestaciones mínimas, en coordinación y cooperación con las CC. AA y el CT (Consejo Territorial), consideradas como estructuras operativas del sistema, pues son las competentes de la gestión de la dependencia, se encargan de marcar la

intensidad de los servicios, las condiciones y las cuantías de las prestaciones económicas y los criterios de participación de las personas dependientes, y como competencias exclusivas, las CC. AA., desde el inicio, con la recepción de las solicitudes de dependencia hasta la concesión de las prestaciones, y la valoración de grado conforme a un baremo de valoración y la concertación de la prestación de los servicios.

En este sistema multinivel de compleja gobernanza entre los diferentes niveles de gobierno, y entre distintos actores sociales y económicos, las corporaciones locales (en adelante CC LL), siendo pieza clave en el sistema de protección y en la organización de los servicios sociales de atención primaria y comunitarias, y en su dimensión de territorialidad y proximidad a la ciudadanía, parece contradictorio, que desde la LAAP, no se le haya otorgado a los municipios un mayor protagonismo para que dejen de ocupar un lugar subordinado en el gobierno del sistema. Siendo necesario para conciliar eficacia y proximidad en la atención de los CLD y a la personas con dependencia, un redimensionamiento y regulación de tamaño, estructura administrativa y en la financiación local, para superar nuestro actual minifundismo municipal, que podría venir acompañada de un mayor peso de las entidades locales en el SISAAD, una mayor dotación presupuestaria y un diseño de mecanismos ágiles de colaboración intermunicipal para los casos necesarios, y marcar los estándares mínimos de calidad y cobertura. El amplio debate que generó la tramitación y aprobación en torno al régimen competencial de sus distintos niveles, ha repercutido en la posterior aplicación de la LAPAD. Por tanto, parece difícil establecer medidas de coordinación, cooperación y racionalización sin previamente delimitar claramente las competencias y responsabilidades, incluidas las de financiación de los servicios y prestaciones. No ha contribuido a la cooperación interadministrativa y a suavizar las diferencias territoriales en el estado, diferentes factores implementados con posterioridad a la : la repercusión de la ley 27/2013, de 27 de Diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local) restringiendo las competencias a las CC. LL, la sostenibilidad de la financiación del sistema y las diferencias de actuación e implementación a diferentes velocidades de las comunidades autónomas.

Los Servicios Sociales Municipales de Atención Primaria tienen encomendada la tarea fundamental de resolver, en un primer nivel, todas las demandas y necesidades sociales de la población en su ámbito de competencia. Partiendo de esta premisa, la ley 39/2006 de 14 de diciembre, en su artículo 12, detalla las competencias de las entidades locales, que se limitan a “remitir a la normativa de sus respectivas CC.AA, y a establecer la participación en los

Consejos Territoriales de la Dependencia, Federación Estatal de Municipios y Provincias (FEMP), y en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y en el SISAD”, en este papel subsidiario y de subordinación, y en ese espíritu de cierta cooperación interadministrativa, se puede prever que las entidades locales de la Región de Murcia participarán en el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a los servicios y prestaciones económicas del SAAD. La puerta de acceso de estos ciudadanos al citado sistema es a través de las UUTS donde se informa, orienta y asesora sobre el procedimiento a seguir. Esta intervención se completa con las visitas domiciliarias, entrevistas y emisión de los informes sociales que servirán para establecer el Programa Individualizado de Atención.

Por ello, con la puesta en marcha de la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**, que creó el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y debido a las características de este colectivo y a la problemática que afecta a todos los ámbitos de la persona (a su vida personal, familiar, educativa, social, médica, económica y/o asistencial), en el año 2013, el Ayuntamiento de Murcia ve necesaria una intervención específica mediante la puesta en marcha de un **“Programa Municipal de Atención a Personas en Situación de Dependencia”**, constituido por un equipo de profesionales con dedicación exclusiva a este colectivo, con el objeto de promover la autonomía personal, atendiendo de forma integral los aspectos personales, del entorno y apoyo a los cuidadores en el municipio de Murcia.

A partir de ese momento, dos trabajadores sociales de UTS de cada Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Murcia, elaboran el Programa Municipal de Atención a Personas en situación de dependencia, creándose para ello un equipo en cada Centro, y que está **en funcionamiento desde septiembre del 2013**.

En la Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, en el punto IV.2.D.3, establece como criterio común de calidad en la prestación de los servicios en el marco del sistema público de servicios sociales que **toda persona que acceda al Sistema Público de Servicios Sociales deberá contar con un profesional de referencia, que será un(a) Trabajador(a) Social, del ámbito de los Servicios Sociales de Atención Primaria, con la finalidad de asegurar una intervención integral y continua**, siendo responsable de la historia social y el interlocutor principal que vele por la coherencia, la coordinación con los demás sistemas de bienestar y la

globalidad del proceso de atención, estableciéndose incluso que el contar con este profesional de referencia es un derecho de los usuarios de los Servicios Sociales, tal como consta en el punto IV.3.1.g. de la Resolución de 2013.

OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA

- Implementar un servicio de atención específica dentro de los SS.SS. Municipales de Atención Primaria para la promoción de la autonomía personal y la dependencia, adecuando los medios a la demanda existente.
- Mejorar la calidad del sistema de gestión y derivación hacia los servicios sociales especializados, aumentando la eficacia y respuesta a los ciudadanos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA

- Informar y orientar técnicamente sobre derechos, deberes y recursos relacionados con la dependencia.
- Coordinar actuaciones con las UUTS y con los organismos y entidades directamente relacionados con el sistema de dependencia.
- Diseñar y ejecutar actuaciones concretas que den respuesta a las necesidades detectadas.
- Impulsar y promover medidas formativas tanto para el dependiente como para el cuidador.
- Apoyar las medidas de planes regionales en su caso y ejecutar las directrices marcadas por el SAAD.

METODOLOGÍA

El Servicio de Servicios Sociales dependiente del Ayuntamiento de Murcia, para dar una atención más cercana al ciudadano, cuenta con tres Centros Municipales de Servicios Sociales de Atención Primaria (CMSS Norte, CMSS Sur y CMSS Ciudad de Murcia).

Destacando el colectivo de dependientes objeto de nuestra actuación, que por sus características requiere de una intervención específica, se pone en marcha el “Programa Municipal de Atención a Personas en Situación de Dependencia”, constituido por un equipo de trabajadoras/es sociales distribuidos en cada uno de

los tres centros de Servicios Sociales mencionados, coordinado por las responsables del Servicio de Atención Social de los respectivos centros.

El Equipo del “Programa Municipal de Atención a Personas en Situación de Dependencia”, se configura como un recurso profesional tanto para las personas objeto de actuación como para los propios profesionales de las diferentes UUTS. De ahí la importancia y la necesidad de la coordinación y colaboración mutua desde el inicio del proceso. Así mismo, se articulan medidas que permitan a la persona el acceso ágil y dinámico al dispositivo del programa y concretamente al profesional de referencia de dicho equipo. El colectivo al que irá dirigido el programa se centra exclusivamente en personas reconocidas con grado de dependencia (I-II-III).

Los casos son abordados desde una doble perspectiva, individual y comunitaria, y desde un enfoque centrado en la persona, siendo el objeto de nuestra intervención conseguir una mejora del bienestar social de la persona dependiente y su entorno, así como, favorecer la participación e integración de éstos en su propia comunidad. Es necesario implicar a la comunidad, a otras áreas de intervención y a los agentes sociales, y mantener una estrecha coordinación con el tejido social del ámbito de las personas objeto del Programa.

Con el fin de homogeneizar el acceso al equipo de dependencia en los tres centros de Servicios Sociales y unificar criterios, se establece un **protocolo de actuación**, en el cual se incluye el procedimiento de intervención y derivación (tarjeta de Cita Previa, modelo de derivación desde las UUTS, horario de atención al público y atención telefónica, modelo de recepción de llamadas...). La accesibilidad al mismo tendrá en cuenta la situación de dependencia de la persona afectada y de su familia, siendo flexible en cuanto a ubicación y horarios para llevar a cabo una mejor atención al beneficiario.

PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DEL EIADE

La recepción de la demanda puede llegar de varias maneras:

- Demanda directa de la persona dependiente, familiar o representante y/o entorno.

- A través de Cita Previa en UTS. Una vez que la persona tiene reconocido grado de dependencia la UTS le informa del EAIDE facilitándole teléfono o tarjeta identificativa.

- A través del IMAS. Peticiones de Informes Sociales para establecer PIA y de seguimientos de servicios/prestaciones.

- A través de otras instituciones como pueden ser los Centros de Salud, Hospitales, Juzgados, Asociaciones u otras entidades.

- Profesionales de UTS para seguimiento/intervención de personas dependientes en situaciones que precise una atención directa y urgente.

El canal de atención a la demanda es un filtrado telefónico por los profesionales de los Equipos a través del cual puede ser atendido en el momento o se cita a la persona en el día establecido para atención directa según criterio del profesional o demanda del dependiente o familiar. En situaciones de emergencia o incapacidad de movilidad de la persona, se concierta visita domiciliaria para esta primera atención.

Para ello, el Equipo tiene establecido días de atención directa (mediante cita previa) y días de atención telefónica con un horario determinado e informado.

El Equipo de Dependencia lleva a cabo las siguientes actuaciones:

- Recepción de la petición de informe social por parte del IMAS, según procedimiento establecido en el art.15 del R.D. 74/2011 de 20 de mayo. Y elaboración del Informe Social y remisión al IMAS, trasladando copia del mismo a la UTS correspondiente, así como guardándolo en el Servidor.
- Sistematización de la información para identificar la existencia de expedientes, así como, tratamiento del SIUSS.
- Recepción de comunicaciones y resoluciones del IMAS, registro en el SIUSS y traslado a UTS para su archivo.
- Atención directa al dependiente con cita previa.
- Atención directa y/o telefónica, con los Trabajadores Sociales del IMAS encargados de la dependencia para seguimiento de los expedientes.
- Detección y análisis de necesidades y demandas explícitas e implícitas en

el ámbito de la intervención.

- Elaboración y actualización de una Guía de Recursos, relacionada con la atención integral a la Persona con Dependencia, en el Municipio de Murcia, para la correcta información y derivación solicitada por los beneficiarios y familiares, con el objetivo de su ampliación fuera del municipio de Murcia. Para ello se han visitado entidades públicas y privadas que nos ha permitido una coordinación más fluida y conocimiento mutuo.
- Gestión de prestaciones y recursos relacionados exclusivamente con el bienestar social del dependiente, exceptuando prestaciones económicas periódicas que requieran un seguimiento por la UTS. No se tramitarán prestaciones o recursos al resto de miembros de la unidad de convivencia.
- Seguimiento de las prestaciones y servicios asignados a los dependientes.
- Visitas domiciliarias y seguimiento de las prestaciones y recursos reconocidos al dependiente e informar a la UTS y al IMAS, si procede, de las incidencias detectadas.
- Coordinación interna con otras unidades y/ equipos de nuestra institución.
- Coordinación externa con los diferentes profesionales de otros Centros de SS.SS. de otros municipios, IMAS y/o cualquier otra institución pública o privada que precise nuestra intervención.
- En casos de dificultad de desplazamiento del dependiente y/o su entorno (cuidador, familiares..) a las dependencias del equipo municipal, se valora visita domiciliaria o citación en las dependencias de la UTS de zona correspondiente al dependiente.
- Recopilación y estudio de documentación sobre el colectivo y todo lo que conlleva la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Gestión de programas, proyectos y actividades dirigidas a la prevención de la dependencia y a la promoción de la autonomía personal.

El **expediente** producirá su **baja** por las siguientes circunstancias:

-Traslado del dependiente a otro municipio o CCAA.

- Nueva resolución de No reconocimiento de grado.
- Fallecimiento.
- Renuncia al SAAD.

Para el buen funcionamiento del Programa Municipal de Dependencia se establecen reuniones periódicas de la siguiente manera:

- Reunión de supervisión del Equipo de Dependencia y responsables coordinadores de los mismos.
- Reunión del Equipo de Dependencia de los tres centros.
- Reuniones con el IMAS previo calendario establecido, así como a demanda de los profesionales del Equipo que se considere oportuno.
- Reuniones semanales de coordinación y seguimientos de casos con la Asesora Jurídica.
- Reuniones del equipo y profesionales de UTS que se precisen para la derivación o el seguimiento.
- Reuniones de coordinación con otros profesionales de otras instituciones u otras entidades.

HERRAMIENTAS

- SIUSS en red.

Imprescindible para acceder a los diferentes expedientes de los usuarios en las distintas UUTS y al módulo de dependencia, requisito para elaborar el posterior Informe Social a través de ésta aplicación. Para ello, además se establecen criterios comunes de registro en el SIUSS

- SUSI.

Sistema Unificado a SIUSS del IMAS destinado a toda la gestión con éste. Da acceso a gestión de datos personales del dependiente, modelos de solicitudes del IMAS, legislación...

- **Servicio de Atención Telefónica de la CARM (012).**

Para aquellos expedientes que no están aún autorizados para su acceso de datos en SUSI.

- **Ficha de derivación** de UTS al Equipo de Dependencia.

Para la derivación de usuarios valorados en situación de dependencia se utilizará el modelo de derivación que se adjunta.

- **Tarjeta presentación** del equipo.

Con el fin de facilitar al usuario el acceso al equipo se establece la tarjeta con el/los número/s de teléfono/s de contacto. Esta tarjeta se proporciona tanto por parte de los profesionales de las UUTS, ordenanzas y los propios profesionales del Equipo.

- **Informe Social de Dependencia**, en formato emitido por el IMAS

- **Informes Sociales para servicios municipales** (Servicio de Ayuda a Domicilio, Servicio de Comidas a Domicilio, SEMAS...).

- **Informes Sociales para Emergencia Sociales del IMAS**

- **Informes Sociales para Valoración de la capacidad jurídica**, modelo elaborado y utilizado por la Asesora Jurídica y el Equipo de Dependencia Ciudad de Murcia

- **Actas Informativas de Reuniones de Dependencia establecidas con el IMAS.**
- **Fichas informativas sobre recursos visitados.**
- **Agenda de atención al público.**
- **Aplicación de registro de expedientes municipales.**

Registro de entrada y salida de expedientes de la Concejalía de Derechos Sociales.

• **Memoria evaluativa.**

Memorias anuales de cada Equipo y del SIUSS.

DEBILIDADES Y FORTALEZAS

Debilidades que afectan al funcionamiento del EIADE:

- Masiva demanda de petición por parte del IMAS de elaboración de Informes Sociales, sobretodo en la entrada en vigor del 2015 del Grado I, unido a que no se ha aumentado el numero de profesionales en el Equipo.
- Acumulación y retraso en la gestión de elaboración de Informes Sociales solicitados por el IMAS.
- Aumento de la demanda por parte de otros servicios además de UUTS, como Centros de Salud, Hospitales e IMAS de intervención en casos que requieren seguimiento continuado y en otras ocasiones intervenciones de Emergencia Social, siendo difícil atender con solo dos profesionales y primar desde la institución la elaboración de Informes Sociales para dar salida a los expedientes solicitados por el IMAS.
- Escasez de equipamiento informático, en la incorporación temporal de un profesional de apoyo para la realización de Informes Sociales no ha sido posible un punto de acceso a un ordenador por profesional. Además de necesidad de actualizar los existentes.
- Limitaciones por parte de la institución de flexibilidad horaria para la posibilidad de atender fuera de nuestro horario laboral de mañana a personas dependientes o familiares en casos de necesidad.
- Ubicación física del Equipo alejada para algunas zonas de atención.
- Permanente cambios normativos en relación al SAAD.
- Insuficiente espacio técnico de coordinación entre los Equipos de Dependencia y los técnicos del IMAS, necesarios para resolución de expedientes o seguimientos.
- Ineficacia sobre los servicios/prestaciones a los que puede tener acceso la persona dependiente debido a las existentes lista de espera.

Fortalezas que afectan al funcionamiento del EIADE:

- Profesional de referencia para el usuario.
- Profesional de referencia para el IMAS y demás instituciones relacionadas con el SAAD que permite fluidez en los canales de información.
- Capacidad del Equipo para la movilidad ante la dispersión geográfica existente en el municipio.
- Aumento de la demanda por parte de la persona dependiente para información sobre su expediente. Las aplicaciones informáticas son un

soporte que nos facilita el acceso a esa información sin la necesidad de esperar cita previa de meses en UTS.

- Ubicación en Centros con buenas infraestructuras y acceso dotado de personal.
- Descarga de volumen de expedientes y reducción de gestiones a las UUTS así como en la atención al público de las zonas.
- Apoyo técnico inmediato a profesionales de UUTS.
- Respuesta inmediata en la atención al dependiente y familiares. No existe lista de espera para el acceso al Equipo.

CONCLUSIONES

- En los sistemas de Servicios Sociales de las CC. LL., puerta de entrada de los usuarios de servicios sociales, se enmarca la necesidad de un diseño de políticas relacionadas con la dependencia con un **enfoque territorial y de proximidad**, que permita mantener en su entorno a la persona y aprovechar todas las sinergias comunitarias. Para ello se deben establecer previamente unas reglas de juego: delimitar la competencia (sobre todo financiera) de los agentes públicos y privados que intervienen, así como de las personas afectadas, profesionales y comunidad. Y particularmente en el caso de nuestro ayuntamiento, la necesidad de una **redimensión de las zonas de intervención social**, con objeto de racionalizar la dispersión geográfica.
- La figura de los Equipos de Promoción y Atención a la Dependencia debería exportarse y replicarse en otras estructuras territoriales, otros ayuntamientos, o en niveles supramunicipales (Diputaciones), contribuyendo así, a **la visibilización de los equipos** y a aumentar el soporte técnico de los profesionales de los equipos.
- Defender la tesis, que los Equipos de Atención a la Dependencia están contribuyendo a la **sostenibilidad del sistema** de atención a las personas con dependencia, desde un ámbito competencial, técnico y de equilibrio financiero, generando efectos sobre la desigualdad en el acceso y la calidad entre los diferentes territorios.
- Como hipótesis de partida, este trabajo nos debería permitir el reflexionar sobre **la gobernanza de los municipios** en la contribución de la implantación de la dependencia. Siendo interesante el poder profundizar con un estudio de investigación, sobre cuál es el impacto de las CC LL. en

la implantación de la dependencia, y abordar la eficacia, sostenibilidad, proximidad y racionalidad de los recursos invertido.

•

BIBLIOGRAFÍA

- Marban Gallego, Vicente. La gobernanza sistema y las diferencias interterritoriales del SAAD. Revista de Documentación Social N° 177. Pag. 41-60.
- Ley 39/2006 de 14 diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que creó el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
- Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad,
- R.D. 74/2011 de 20 de mayo, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y establece el régimen de infracciones y sanciones.
- Manual SIUSS V.4.0.3 módulo Informe Social para la Dependencia.
- Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Editada por el IMSERSO, 2004.
- Programa Municipal de Atención a Personas en Situación de Dependencia del Ayuntamiento de Murcia. 2013.

ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL PROYECTO DE ATENCIÓN A CASOS DE DESPROTECCIÓN INFANTIL EN EL AYUNTAMIENTO DE MURCIA DURANTE EL PERIODO 2014-2016

Dña. Isabel M.^a Soler Luján

Trabajadora social del Ayuntamiento de Murcia.

Dña. Raquel Torralba Planes

Trabajadora social del Ayuntamiento de Murcia y profesora asociada del Departamento de Sociología y Trabajo Social de la Universidad de Murcia.

RESUMEN

La protección de la infancia y la adolescencia constituye un deber y un compromiso de todas las administraciones públicas, pero son los Ayuntamientos, por su descentralización y cercanía al ciudadano, los que en el ámbito de sus competencias deben garantizar la efectividad en el bienestar de los menores, atendiendo y promoviendo las condiciones para el cumplimiento de sus derechos.

Esta investigación parte del interés por conocer la repercusión que el Proyecto de Atención a casos de Desprotección Infantil (elaborado por el Ayuntamiento de Murcia en el año 2013), ha tenido en las unidades familiares en situación de riesgo moderado con las que se ha intervenido desde los Equipos de Desprotección Infantil (en adelante EDI) durante estos tres primeros años de implantación.

Los objetivos de la investigación giran en torno a la idoneidad/utilidad del procedimiento de actuación seguido por los profesionales de los EDI, prestando atención a la valoración y propuestas de todos los actores implicados, tanto familias beneficiarias como profesionales.

La estrategia metodológica que se ha elegido para la consecución de los objetivos es la investigación descriptiva, analizando la tipología de familias objeto de intervención, con las que se consigue disminuir el riesgo y la metodología aplicada por los profesionales. Para ello se han utilizado técnicas de recogida de información tanto cualitativas como cuantitativas.

El resultado de la investigación pone de manifiesto la idoneidad de diseñar, implementar y evaluar este tipo de proyectos, que originan equipos de trabajo interdisciplinares capaces de ofrecer una intervención especializada que mejore la calidad de vida del/os menor/es en riesgo.

Palabras clave: Desprotección Infantil, riesgo moderado, familias multiproblemáticas, Servicios Sociales.

I. ANÁLISIS DE LA NECESIDAD

Este estudio pretende indagar el efecto causado con la implantación del Proyecto de Atención a casos de Desprotección Infantil del Ayuntamiento de Murcia, el cual se elaboró en el año 2013 con la finalidad de aclarar, homogeneizar y guiar la actuación de los profesionales de Servicios Sociales de atención primaria, en la atención y protección de los menores del municipio de Murcia.

Los Servicios Sociales de atención primaria representan la estructura básica del Sistema Público de Servicios Sociales, prestando atención integrada y polivalente a toda la población, mediante actuaciones o programas de tipo preventivo, asistenciales y rehabilitadores a nivel primario, con carácter universal y gratuito. Dentro de esos programas se encuentra el Proyecto objeto de este estudio, que interviene en casos de desprotección infantil con riesgo leve y moderado, atendiendo los casos leves los equipos de zona (trabajadores sociales y educadores de las Unidades de Trabajo Social) y a los de riesgo moderado tres nuevos Equipos de Desprotección Infantil denominados EDI.

La intervención de estos Equipos pretende contribuir a la eliminación del riesgo en los menores, favoreciendo relaciones familiares más constructivas, reforzando las funciones parentales, escogiendo metas realistas, utilizando el elogio honesto como principal herramienta, celebrando los pequeños logros y transmitiendo esperanza en el cambio

Específicamente esta investigación pretende conocer, entre otras cuestiones, la tipología de familia participante en la que se observa una mayor consecución de objetivos finalizada la intervención de los EDI. Paralelamente se valora, a través de los propios implicados, tanto profesionales como participantes, la metodología utilizada, los recursos humanos y materiales de los que ha dispuesto el proyecto, el tiempo de trabajo estipulado y el efecto causado en los resultados de éste, con la finalidad de mejorar la calidad y la eficiencia del proyecto desde los Servicios Sociales de atención primaria.

Como Trabajadora Social que forma parte en uno de estos Equipos, tras una primera etapa de intervención en la que se han desarrollado planes de actuación con familias multiproblemáticas, surge la necesidad de hacer este estudio, con el fin de supervisar la implantación y el rodaje del proyecto durante sus tres primeros años y su repercusión en las familias con las que se ha intervenido, para

poder evaluar y reprogramar, los objetivos y la metodología del proyecto.

Para dar respuesta a todas estas variables se ha utilizado una metodología cuantitativa y cualitativa, teniendo como eje transversal el empoderamiento del grupo objeto de intervención. En este sentido, las propias familias participantes durante estos años, han podido valorar sobre todas las cuestiones anteriormente citadas, con la finalidad de hacer un análisis que nos permita extraer conclusiones que puedan ayudarnos a mejorar nuestro trabajo y que den un impulso al proyecto. La acción procedimental de “dar voz” a los beneficiarios a través de la técnica de recogida de información en un grupo focal, ha constituido una técnica de evaluación novedosa en el sistema de Servicios Sociales, resultando muy útil para nuestro trabajo a la vez que satisfactoria para los participantes al exponer su experiencia en común.

El análisis de los resultados y las conclusiones de este estudio nos han servido para conocer las técnicas que mejor funcionan en la consecución de objetivos de los Equipos EDI, indagar acerca de nuestros puntos fuertes y débiles, reflexionar en que podemos mejorar y reprogramar nuestro trabajo con vistas de futuro. Se necesita analizar estos resultados para priorizar también, de manera objetiva, la elección de casos de las familias con las que se trabaja, ya que son intervenciones de larga duración que generan lista de espera, siendo necesario argumentar criterios de elección conociendo las tipologías de familias con las que se alcanzan mayores objetivos, siendo ahora ésta una tarea propia del EDI.

II. CONTEXTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL

En materia de menores, según prevé el artículo 45 de la Ley 3/1995, de la Infancia de la Región de Murcia, les corresponde a las Entidades Locales de la Región de Murcia las funciones de "prevención, información, promoción y reinserción social, así como de intervención y seguimiento de aquellos casos que requieran actuaciones en su propio medio".

Los Centros de Servicios Sociales (en adelante CSS) se definen en el artículo 9 de la Ley 3/2003, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia, como el primer nivel de atención, en materia de Servicios Sociales. Este proyecto se ubica en los centros de Servicios Sociales que forman parte de la Concejalía de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Murcia.

El Proyecto de Atención a casos de Desprotección Infantil es un documento técnico que define el marco jurídico, la fundamentación técnica y el procedimiento a seguir por los Centros Municipales de Servicios Sociales en los casos de

desprotección infantil, se elabora durante el año 2013, aunque posteriormente, ha sido revisado, ampliado y aprobado de nuevo en Junta de Gobierno, en abril de 2017, su objetivo es el de aportar una herramienta de trabajo para el uso cotidiano y generalizado de los profesionales de Servicios Sociales de cada uno de los CSS.

El Proyecto se adecua a la estructura organizativa y funcional de los Centros Municipales de Servicios Sociales, que abarcan todo el territorio del municipio cumpliendo con ello el principio de descentralización. En todos los centros y en cuanto a la atención a la infancia se refiere, se establecen dos Equipos de Trabajo:

- **Equipos de Zona:** compuestos por el Educador/a Social y el Trabajador/a Social, como perfiles profesionales que realizan su trabajo atendiendo a criterios de territorio y/o zonas, interviniendo con los menores en riesgo de desprotección infantil con nivel leve.
- **Equipo de Desprotección Infantil (EDI):** Los EDI se conforman como equipos multiprofesionales con encargo específico en atención primaria de segundo nivel de atención. Intervienen en casos de desprotección infantil con riesgo moderado, teniendo como interés fundamental a los menores, siendo la fundamentación de sus actuaciones la mejora de la dinámica familiar

El Proyecto ha permitido redefinir el quehacer profesional desde los equipos de los centros, adecuándolo, al mismo tiempo, a los principios rectores que informan el trabajo con la infancia y la coordinación con los Servicios Sociales Especializados, así como los demás dispositivos de la Política Social (sanidad, educación,...), que intervienen en este prioritario sector poblacional.

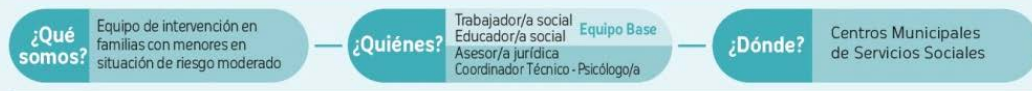
Por un lado se ha homogeneizado el trabajo desde las zonas, a través de los equipos base de las mismas, teniendo éstos un papel clave en el trabajo del EDI, puesto que todos los casos que se trabajan desde este Equipo son previamente valorados por el Equipo de Zona como de Riesgo Moderado. Por otro lado, el proyecto da origen a la creación de los EDI. Según la gravedad de los indicadores existentes de desprotección de riesgo moderado, se propone la priorización de la intervención por parte de un Equipo interdisciplinar de estas características.

EQUIPOS EDI

Servicio Municipal de Servicios Sociales
Concejalía de Derechos Sociales



EQUIPO DE ATENCIÓN EN CASOS DE DESPROTECCIÓN INFANTIL (E.D.I.)



Modelo de Intervención



Fuente: <http://www.murcia.es/web/portal/social>

Los Equipos de Desprotección Infantil del municipio de Murcia, creados a partir de la puesta en marcha del Proyecto, intervienen con familias vulnerables de moderado riesgo para todos sus miembros, en particular para los menores. El debilitamiento y la negligencia en las funciones parentales, principalmente de tipo emocional, facilita la emergencia de los múltiples problemas que afectan a estas familias. Estas problemáticas forman parte de un patrón de transmisión generacional que encontramos en los expedientes históricos de Servicios Sociales. De aquí surge el interés por diseñar proyectos que sean efectivos en interrumpir la disfuncionalidad y la transmisión transgeneracional de la polisintomatología de estas familias multiproblemáticas.

Los EDI se ubican en los distintos centros de Servicios Sociales, habiendo uno en cada centro. Están compuestos por psicólogo/a, educador/a social, trabajador/a social y asesor/a jurídico, sin embargo, el equipo base, que trabaja de forma exclusiva con los casos de desprotección, está formado por el educador/a y trabajador/a social, siendo la función del asesor/a jurídico/a puntual para los casos que lo requieran, repartiendo éste su atención profesional con sus funciones propias en el centro de Servicios Sociales al que pertenecen. Teniendo el psicólogo/a la función de responsable de este Equipo y coordinador técnico de los casos.

Los EDI intervienen con las unidades familiares con menores a cargo a los que, a través del Instrumento de Valoración de la Gravedad, se les diagnostica un riesgo moderado. La ratio de intervención inicial era de 20/25 familias, habiéndose ampliado de 25 a 30 tras la última revisión del proyecto aprobada en mayo de 2017.

Los expedientes que no pueden ser atendidos por el EDI se atienden por el Equipo de Zona. El tiempo que se prevé en el Proyecto que un caso puede ser objeto de intervención por el EDI es de entre dos y tres años.

III. OBJETIVOS

La finalidad de esta investigación coincide con el objetivo general del mismo, como señala (Samperi, Collado y Lucio, 2012) los objetivos constituyen aquello que se pretende conseguir y se expresan como proposiciones orientadas a definir los logros que se esperan obtener con los resultados de la investigación. En este caso los objetivos que se han planteado tienen como objetivo general: analizar el impacto del Proyecto de Actuación en casos de Desprotección Infantil en el Municipio de Murcia.

En segundo lugar y derivados de éste, se establecen cuatro objetivos específicos:

- Ofrecer una valoración general sobre el modo en que se perciben las familias antes y después de haber participado en el desarrollo del proyecto.
- Valorar el grado de idoneidad, utilidad y relevancia de la metodología utilizada para contribuir a la disminución del riesgo moderado en los menores de estas familias.
- Identificar la tipología de familia que mejor responde a la metodología de intervención del EDI, de cara a mejorar la priorización en la elección de las familias objeto de intervención.
- Analizar sugerencias y propuestas de mejora para el desarrollo de este proyecto desde Servicios Sociales de atención primaria en el Ayuntamiento de Murcia.

IV.METODOLOGÍA

Debido al objeto de estudio se optó por una investigación descriptiva, ya que se pretendía estudiar las características del perfil de las familias usuarias de los equipos EDI, evaluando paralelamente otras variables metodológicas utilizadas por el Equipo. La metodología de estudio, se enmarcó en una metodología mixta, en la cual, se complementan los enfoques de tipo cualitativo con el cuantitativo. La selección de la estrategia mixta viene motivada por la posibilidad de enriquecimiento de la información obtenida y de este modo tener un mejor entendimiento de la cuestión a investigar, (Hernández y Mendoza, 2008), ya que nos proporciona una visión más rica y amplia del objeto de trabajo. Para ello se han utilizando técnicas como la entrevista en profundidad y grupos focales y técnicas cuantitativas como el cuestionario

- Ruiz del Cerro (2000) la define **la entrevista** como: “un método de investigación cualitativo que, (...) es flexible y dinámico, ya que sigue el modelo de una conversación entre iguales. De este modo se crea una atmósfera de libertad que permite conocer a la gente bastante bien”. Las entrevistas han sido realizadas a los profesionales del Equipo Base (trabajadores y educadores sociales) del EDI, en concreto 3 educadores sociales y 2 trabajadores sociales.
- El grupo focal se llevó a cabo con ocho familias, integradas por ocho

mujeres y un hombre con las que se ha intervenido durante el periodo de tiempo 2014-2016 en el EDI de Murcia Norte, el lugar de realización fue el Centro de Conciliación laboral del Ayuntamiento de Murcia. La utilización de ésta técnica se valoró como idónea porque se podía utilizar metodología enfocada al empoderamiento, haciendo partícipes a los usuarios del proceso y sintiéndose éstos implicados y tenidos en cuenta en la evaluación del Proyecto. Y por otro lado, tal y como señala Krueger (1991), las opiniones de un individuo pueden cambiar en el curso de la discusión con otros porque las personas influyen las unas a las otras por medio de sus comentarios y a través de los grupos focales se pretendía confirmar el resultado de los cuestionarios.

- El cuestionario de la investigación social se define como un conjunto o inventario articulado de preguntas, como estímulos que buscan la reacción de una muestra de la población en forma de respuesta a tales preguntas (Callejo Gallejo, J. 2009). En el estudio se llevaron a cabo dos cuestionarios, uno dirigido a las familias con las que se ha intervenido desde el inicio del proyecto en el Equipo EDI de Centro Murcia Norte y otro cuestionario dirigido a todos los profesionales del EDI y que, por lo tanto, abarca todas las familias beneficiarias de los tres centros.

V. PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con respecto al **primer objetivo**, en el que se planteaba una valoración general sobre las familias antes y después de haber participado en el Proyecto, se pone de manifiesto un proceso de vinculación positiva de estas familias con los profesionales del EDI. A pesar de la inseguridad sufrida al inicio de la intervención, los participantes se han sentido acompañados, confiando en el equipo, habiendo trabajado objetivos realistas previamente acordados en un Plan de Actuación Familiar, alcanzando muchos de los objetivos planteados en éste. Independientemente de los resultados obtenidos a nivel de valoración de gravedad de los menores, al finalizar el tiempo de intervención, recogemos opiniones favorables con respecto al vínculo establecido entre familia y Equipo y observamos un cambio en las mismas, siendo más conscientes de sus problemáticas y más capaces de afrontar éstas, además encontramos a nivel general, unidades familiares más resilientes y con más habilidades y competencias para autoorganizarse y afrontar las crisis.

Con estas familias es preciso redefinir la naturaleza del proyecto y el objetivo del Equipo, aceptando la inexistencia de confianza a priori, hay que tener en cuenta que suele haber una ausencia de demanda espontánea de ayuda y un temor a

someterse a un control externo que pueda perjudicarles, con miedos también a que sus hijos les sean retirados, constituyendo un reto para los profesionales conseguir que visualicen sus problemáticas y la creencia de que es posible ser y vivir de forma distinta.

De los resultados obtenidos en esta investigación y con respecto al **segundo objetivo**, se desprende un acierto en la metodología utilizada para, por un lado, el establecimiento del vínculo de ayuda y la alianza terapéutica que hacen posible la motivación al cambio, y por otro, el mantenimiento de la confianza y del compromiso para llevar a cabo esos cambios.

La utilización de estrategias inespecíficas transversales es fundamental para lograr la implicación sincera y el logro de objetivos. Así, estos Equipos apuestan por las posibilidades de cambio de la unidad familiar más que centrarse en los déficits. Prestan atención a los recursos y potencialidades de cada uno de los miembros y en cómo utilizar éstos para resolver sus propios problemas. Utilizan el elogio sincero y el empoderamiento como principal herramienta, ya que para los distintos miembros de estas familias, la interacción con los profesionales son los únicos momentos en que experimentan una sensación positiva acerca de algún aspecto de sí mismos. La escucha activa, el respeto y la empatía forman parte de estas estrategias utilizadas, que producen un alto impacto sobre estas familias. Esta metodología de trabajo, en un ambiente cargado de problemas, introduce un elemento novedoso y constructivo, aliviando el estrés y facilitando una actitud personal de apertura al cambio, siendo un objetivo del trabajo de estos Equipos ayudar a las familias a desarrollar habilidades y competencias para enfrentar con éxito sus diferentes crisis.

De otro lado, las técnicas utilizadas más efectivas para la consecución del Plan de Actuación Familiar (PAF) son los acompañamientos, las entrevistas en profundidad, la coordinación con los distintos recursos y la intervención conjunta del trabajo en equipo.

La intervención conjunta de profesionales en la interdisciplinariedad del EDI es esencial, sin embargo, la figura del terapeuta o psicólogo como parte activa en el Equipo de trabajo no existe, encontrándose los EDI cojos en la estructura, ya que este profesional es fundamental para el éxito de la intervención, presentando la mayoría de miembros de estas familias, daños profundos únicamente tratables por un profesional especializado.

El **tercer objetivo** en esta investigación era el de identificar la tipología familiar que mejor ha respondido a la consecución de objetivos, extrayendo como conclusión que:

- El perfil de familias con las que es más difícil conseguir el objetivo principal de disminución del riesgo, es con las familias históricas de Servicios Sociales que repiten patrones generacionales disfuncionales, culturalmente arraigados y muy perpetuados en el tiempo, con muy pocas posibilidades de cambio. El plan de actuación con estas familias es el de establecer objetivos realistas por áreas de intervención, mostrando periódicamente los resultados obtenidos que mantenga cierto nivel de motivación. El acercamiento de estas familias a los Servicios Sociales es generalmente para solicitar la gestión de ayudas económicas sin ningún tipo de contraprestación por parte de éstas, a través del EDI trabajamos de forma conjunta con la unidad familiar, adquiriendo éstos un compromiso de esfuerzo y de realización de pequeños cambios, una forma de trabajo con la que se consiguen al menos, algunas de las metas establecidas.
- El 72% de las familias derivadas al EDI presentan alguna o más de una problemática de salud mental, adicción o discapacidad, la probabilidad de disminución de riesgo en los menores de estas familias se produce en mayor medida, cuando existe una sola de estas problemáticas, reduciéndose drásticamente este porcentaje cuando concurren más de una patología, como se desprende del análisis cuantitativo efectuado en este trabajo. Llegando a la conclusión de que los casos en los que en una misma unidad familiar, coexisten más de una problemática de las anteriormente citadas, son casos con riesgo grave o muy grave, en los que a veces no han sido detectadas todas la problemáticas en el primer nivel de atención, no siendo casos realmente de riesgo moderado.
- Se consiguen objetivos con las familias motivadas para el cambio, más que con un perfil concreto de unidad familiar. Estos cambios se perciben en familias que deciden implicarse en el proceso y con las que confían en el Equipo, produciéndose una colaboración sincera. Según los datos analizados no hay un tipo de familia específico en la que el riesgo disminuya por encima de otras, son muchos las variables que intervienen para la consecución de objetivos, tal y como hemos podido apreciar en este estudio, destacando la metodología utilizada por el EDI como base para una buena intervención. Tras estos tres años de experiencia y tras el análisis llevado a cabo queda claro que la motivación al cambio por parte de

la unidad familiar es el requisito más relevante.

- El establecimiento de la alianza terapéutica en el transcurso de la intervención es también esencial para promover el cambio, entendiendo éste como un proceso diverso que da como resultado una transformación en la vida de las personas.

Para dar respuesta al **cuarto objetivo** relacionado con las propuestas de mejora, planteamos:

- Incluir la figura del psicólogo o terapeuta en los EDI base, es imprescindible para paliar daños significativos en menores y adultos que les impiden un desarrollo equilibrado. La experiencia con algunos casos, en los que un terapeuta especializado ha intervenido de manera continuada, muestra un salto cualitativo en la intervención del Equipo, que repercute directamente en el bienestar de la familia y en el equilibrio necesario para el desempeño de sus funciones parentales.
- La importancia de crear una red de profesionales implicados en un mismo caso, que programen una misma línea de trabajo y que permita una comunicación y un enfoque interdisciplinar, desde diferentes ámbitos, aportando estrategias de abordaje a las distintas problemáticas, aumenta exponencialmente el logro de objetivos, repercutiendo en la calidad de la intervención.
- La dotación de recursos materiales, como un móvil corporativo con whatsapp para la comunicación con las familias, algo esencial en los acompañamientos o en los momentos en los que por alguna urgencia necesitan contactar con el Equipo estando éste fuera del Centro, contar con coche oficial para los acompañamientos o disponer de dinero en efectivo para emergencias es conveniente en trabajo diario de estos equipos.
- La realización de sesiones grupales para trabajar la parentabilidad positiva, ha dado resultados muy beneficiosos en aquellos grupos donde se han llevado a cabo, comprobando la efectividad en las unidades familiares que han formado parte en estos talleres, mostrando los participantes abiertamente su agradecimiento por este aprendizaje. Se propone la implantación de sesiones de formación y refuerzo de funciones parentales de forma anual en cada centro, con la posibilidad de mantener grupo de autoayuda si se da la oportunidad.

- Estos Equipos de nueva creación no cuentan con supervisión externa. Entre las herramientas utilizadas por los profesionales es inevitable la implicación emocional, en un contexto que generalmente está cargado de urgencia y sobrecarga emocional a veces descontrolada. Trabajar con estos casos supone un desgaste para el profesional, ya que la exposición a vivencias y emociones fuertes es muy intensa. Además con estas familias se trabaja “a pecho descubierto”, sin protección. Sin duda, una buena medicina para esto es la supervisión profesional; ésta resulta de gran ayuda para evitar situaciones de desgaste, de agotamiento, de aparición del síndrome “burn out”, a la vez que sirve para mejorar la competencia profesional y la calidad del servicio. González Calvo (2004).
- La experiencia del grupo focal donde los participantes del proyecto han podido expresar su valoración sobre diferentes aspectos del mismo, ha sido una novedad que ellos mismos han agradecido, por lo que proponemos una evaluación anual utilizando esta metodología.
- El tiempo estimado para la intervención de entre dos y tres años es adecuado siempre que exista flexibilidad y pueda alargarse si el Equipo lo considera oportuno.
- Uno de los puntos fuertes de los EDI base es el trabajo en pareja, de dos profesionales, lo que en terapia se llama en co-terapia, algo que aporta riqueza a la visión del caso y a la búsqueda de soluciones, equilibrando posicionamientos, y facilitando la seguridad y el soporte que se precisa cuando se trabaja de manera prolongada con este tipo de casos.

Para finalizar destacar la idoneidad de estos Equipos y la metodología que emplean, basada en el empoderamiento y centrada en las posibilidades de cambio, utilizando técnicas como los acompañamientos y estrategias transversales, que deben ser una meta y un referente de la intervención en Trabajo Social. En este sentido hay que dejar a un lado la posición directiva del profesional y trabajando no solo la gestión de cuestiones específicas, mayoritariamente prestaciones económicas, sino poniendo el énfasis en el fortalecimiento de las capacidades de resolución de conflictos de la familia para prevenir futuras problemáticas cuando desaparece la figura del profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Callejo y Gallejo, J., Del Val Cid, C., Gutierrez Vito, J., & Viedma Roja, A. (2009). Introducción a las técnicas de investigación social. Madrid: Ed. Universitaria Ramón Areces.

González Calvo, V. (2004) Familias multiproblemáticas dificultades de abordaje. Revista de Trabajo Social 6, 145-156.

Hernandez-Sampieri, R. y Mendoza, C. P. (2008). El matrimonio cuantitativo cualitativo: El paradigma mixto. En J. L. Álvarez Gayou (Presidente), 6to. Congreso de Investigación en Sexología. Congreso efectuado por el Instituto Mexicano de Sexología, A. C. y la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Villahermosa, Tabasco, México.

Ley 3/1995, de la Infancia de la Región de Murcia. Recuperado el 23 de mayo de 2017 de http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/mu-l3-1995.html.

Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia. Recuperado el 23 de mayo de 2017 de http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/mu-l3-2003.html

Krueger, R. (1991). Focus groups: A practical guide for applied research. California: Beverly Hills.

Proyecto de Atención a casos de Desprotección Infantil (2013). Ayuntamiento de Murcia. Recuperado el 20 de mayo de 2017 de https://www.murcia.es/serviciosociales/info_proyectos.asp?proyecto=90

Ruiz del Cerro, Juana. (2000). la entrevista en profundidad en la investigación cualitativa. Presentación gráfica de sus textos. En X. C. Pedagogía, Hacia el Tercer Milenio. Cambio educativo y educación para el cambio. XII Congreso nacional y I iberoamericano de Pedagogía. (págs. 71-74). Madrid: Sociedad Española de Pedagogía.

Samperi Hernández, Roberto.; Collado Fernández, Carlos y Lucio Baptista, Pilar (2012). Metodología de la Investigación. (6ª Edic). México: McGrall Hill.

Subirats, J. et. al. (2005). Recuperado el 23 de abril de 2017 de http://www.fbbva.es/TLFU/dat/exclusion_social.pdf

Página web consultada: Ayuntamiento de Murcia <http://wwwmurcia.es>

NUEVA METODOLOGÍA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA. EL TRABAJO EN RED.

Dña. María Fuster Martínez
Psicóloga social y clínica del Centro de Servicios Sociales de Atención Primaria de Lorquí y responsable de programas de infancia, adolescencia y familia (Programa CAI, Ciudades Amigas de la Infancia).

Dña. Isabel Sánchez Ramírez

Dña. Sara Díez Ortín,
Trabajadoras Sociales de UTS del Centro de Servicios Sociales de Atención Primaria de Lorquí.

Dña. Maite Guillén Fernández
Trabajadora Social y Directora del Centro de Servicios Sociales de Atención Primaria de Lorquí.

RESUMEN:

Muchos de los casos que atañen a los Servicios Sociales de Atención Primaria, tienen en sus protagonistas, las demandas de atención a niños, niñas y adolescentes, cuya realidad familiar pone en cuestión su capacidad para garantizar unas mínimas condiciones en la cobertura de sus necesidades básicas. En los perfiles de desprotección que manejamos, en un porcentaje de los casos existe un nivel de tal gravedad, que sólo desde la actuación interinstitucional puede visualizarse y entenderse el alcance de la misma, en la más que probable afectación futura para el desarrollo integral del menor y que frecuentemente correlacionan con familias de llamado perfil multiproblemático, o cuyo deterioro evolutivo, de no ser restaurado, terminará en dicha deriva.

Las familias del mencionado perfil se caracterizan por su polisintomatología, exclusión y vulnerabilidad social y, entre ellas, sus hijos menores se encuentran en lo que nuestro ámbito legal denomina como situación de riesgo o desamparo, familias en donde la disfuncionalidad y la adversidad se vuelve crónica y transgeneracional, y la intervención de los agentes sociales prácticamente inevitable.

En este contexto la valoración global de los casos entre servicios y/o instituciones, nos permiten concretar el alcance de la situación y determinar sus necesidades partiendo de un conocimiento y comprensión más profunda y real de su singularidad.

La Red es el método que nos permite abordar el caso desde una perspectiva no fragmentada entre servicios, pero con un matiz fundamental añadido, la construcción de una nueva mirada que incluye a los excluidos nuevamente en el sistema de atención pública, rompiendo la visión que los propios miembros de la unidad familiar y del contexto social, mantienen de su exclusión.

La metodología se configura abordando los casos, considerando una necesidad actual y constatada de intervención ante una situación de desprotección grave infantil, que implica a tres o más servicios aportando cada ámbito la historia de intervención llevada a cabo para comenzar a construir de forma conjunta y a través de la reflexión la nueva historia de la intervención social.

La metodología de Red, nos articula en aras a pensar y proceder entre todos, está guiada por el interés público principal de ofertar a aquellos tutores responsables de los menores, la posibilidad de ser ayudados para corregir las circunstancias que determinan una situación de desprotección infantil, al objeto de que desde esa mirada comprensiva se pueda incidir para crear las adecuadas condiciones para ese desarrollo integral del menor atendido, paliando y corrigiendo los efectos adversos y los daños causados al menor, en un presente que frene y mejore dichas condiciones y hacia una nueva oportunidad de futuro que minimice y desarrolle una dinámica distinta y posibilitadora en la condición familia de protección de los mismos.

Palabras clave: Desprotección, familias multiproblemáticas, polinsintomatología, vulnerabilidad social, red, valoración global.

CONTENIDO:

El Trabajo en Red en el Municipio de Lorquí.

- Origen: Cómo surge. Reuniones previas (SS.SS con cada Institución).
- Composición: Quién conforma la Red (SSAP, EI, CEIP, IES, CSAP, CSMIJ, PL, SEE: F y PT, otros).
- Estructura: Competencias/Guías.
- Procedimiento: Articulación de las Actuaciones.
- Metodología: Reuniones, lo escrito, Informes.
- Análisis del caso.

Criterios de Selección de Familias para incorporar a la Red:

- Que intervengan 3 servicios como mínimo.

- Que la familia tenga menores a cargo en situación de riesgo, con nivel de gravedad suficiente en proceso de valoración o declarada.
- Que tengan problemática compleja (social, educativa y clínica), abordando el caso tanto desde la perspectiva preventiva, como desde el tratamiento.
- Colaboración de la familia para abordar la problemática, salvo situaciones de gravedad: “interés superior del menor”.

PROCEDIMIENTO:

- P. Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia.
- Intervención: regular, presencial y continuada
- Detección/notificación-Investigación-Valoración-Intervención-Seguimiento-Cierre
- Calendarizada en reuniones intersectoriales según necesidades bi/trimestrales: directos (Educación +SSAP+SSEF/Sanidad...)
- Reuniones Plenarias: Comisión técnica del Consejo – Construcción del caso
- Decisión conjunta (límite/ “techo”) de intervinientes directos: preparan exposición:
- Conversación conjunta, acuerdos y conclusiones actuación.
- Seguimientos periódicos en las reuniones plenarias: devolución

METODOLOGÍA PSI (SOC):

- GENOGRAMA
- CRONOGRAMA:

HECHOS SIGNIFICATIVOS BIOGRÁFICOS

LOCALIZADOS CRONOLÓGICAMENTE

EN RELACIÓN CON MOMENTOS Y POR ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

- LAS LEYES DEL MÉTODO:

LA REPETICIÓN (DESCUBRIR EL CICLO)

TENER EN CUENTA Y DESVELAR LO INCONSCIENTE (LAS CRISIS Y SUS SOLUCIONES – LO FALLIDO Y LA INNOVACIÓN)

EL VÍNCULO TRANSFERENCIAL (ESTRATEGIAS DE ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO DESDE CADA ROL PROFESIONAL).

DIFERENCIAS ENTRE COORDINACIÓN Y TRABAJO EN RED:

COORDINACIÓN	TRABAJO EN RED
<ul style="list-style-type: none"> • ENCUENTRO ONLINE o PRESENCIAL BILATERAL • FRECUENCIA PERIÓDICA • INTERCAMBIO INFORMACIÓN • DECISIÓN UNILATERAL • UNI/MULTI DISCIPLINAR • INCIDENCIA SECTORIAL • PACIENTE IDENTIFICADO • PROCEDIMIENTO ORAL • SIN REFERENTE/VARIOS • EVALUACIÓN OPCIONAL • CASOS BAJO/MEDIO RIESGO 	<ul style="list-style-type: none"> • ENCUENTRO PRESENCIAL MULTILATERAL • FRECUENCIA REGULAR • CONSTRUCCIÓN DEL CASO (Informaciones y Debate) • DECISIÓN CONSENSUADA • INTER DISCIPLINARIEDAD • INCIDENCIA GLOBAL • GRUPO AFECTADO • PROCEDIMIENTO ORAL/ESCRITO • UN REFERENTE CLARO • EVALUACIÓN CONSENSUADA • CASOS XXL (ALTO RIESGO)

Funciones del trabajador social en la Red:

- El trabajador social aporta la historia social.
- Informa de las Gestiones y trámites de prestaciones.
- Puede preparar y organizar las convocatorias.
- Es un fiel defensor de los derechos sociales de las personas.
- Promotores del cambio social.
- Acompañamiento en la toma de conciencia de las personas sobre su capacidad para la toma de las decisiones en la defensa de sus derechos.

¿Qué nos aporta la Red como trabajadores sociales?

La Red Proporciona:

- Compartir la intervención disminuyendo la sensación de soledad.
- Compartir la responsabilidad, todos los agentes intervinientes en el sistema familiar tienen su lugar en la intervención.
- Reconocer a los diferentes profesionales y tenerlos en cuenta
- Comprensión del caso de forma diferente, lectura global.
- Pasamos del concepto de usuario al de persona.

Conclusiones y Reflexiones:

- Crisis metodológica, necesidad de identificarse con otros modelos metodológicos para poder sostener las nuevas problemáticas actuales.
- Intervención social frente a la función administrativa en Trabajo Social.

- Necesidad establecer equipos multidisciplinares en los Centros de Servicios Sociales (T.S, Psicólogo, Educador Social, ...)
- Oportunidad de construcción de la nueva ley de Servicios Sociales.

NOTAS AL PIE DE PÁGINA:

María Fuster (2015): “El Trabajo en Red. Nuevas metodologías en la protección a la Infancia” (pág. 105, 45).

Ubieta, J. R. (2009): El Trabajo en Red. Usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales, Barcelona: Gedisa. (pág. 26).

Ubieta, J.R. (2012): La construcción del caso en el Trabajo en Red. Barcelona: UOC (pág. 65).

BIBLIOGRAFÍA:

Guías de Atención al Maltrato Infantil (Desde el ámbito de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, Educativo, Sanitario y Servicios Sociales de Atención Primaria). Región de Murcia Consejería de Trabajo y Política Social. Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales.

María Fuster (2015): “El Trabajo en Red. Nuevas metodologías en la protección a la Infancia”.

Reglamento del Consejo Sectorial de Infancia y Adolescencia. BORM, 4 de julio de 2014.

Ubieta, J. R. (2009): El Trabajo en Red. Usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales, Barcelona: Gedisa.

Ubieta, J.R. (2012): La construcción del caso en el Trabajo en Red. Barcelona: UOC.

CUENTOTERAPIA Y TRABAJO SOCIAL: EL CUENTO COMO HERRAMIENTA EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Dña. M.^a Ángeles López Muñoz

Trabajadora social en equipo de intervención familiar de la Concejalía de Servicios Sociales y Mediación del Ayuntamiento de Cartagena.

Resumen

Este artículo recoge la aportación de los cuentos a los procesos de intervención socioeducativa y terapéutica que se llevan a cabo desde el trabajo social.

El cuento es una herramienta de intervención versátil y completa. Su utilización es factible en diferentes ámbitos (Servicios especializados, Salud, Educación), en distintos niveles de intervención (individual-familiar, grupal), con diversos sectores de población (menores, familia, mujer, adolescentes, etc.) y en varias fases de la intervención. Ofrece un mapa para que, tanto el individuo como la familia encuentren la mejor manera de traspasar/resolver la situación-problema.

La Cuentoterapia, disciplina formativa de reciente creación, aporta una nueva perspectiva acerca del trasfondo de los cuentos. Realiza un estudio tanto de sus bases psicosociales como del significado de los símbolos que en ellos se encuentran, centrándose sobre todo en los cuentos maravillosos de tradición oral y en los cuentos de autor (ilustrados). Con todo ello, crea catálogos aplicables a las diferentes dificultades personales y/o familiares.

Palabras clave: Cuento, herramienta, intervención terapéutica, Trabajo Social, Cuentoterapia

Abstract

This article brings together the contributions of tales to the processes of social educational and therapeutic intervention carried out in social work.

Tales are versatile and complete intervention tools, feasible in a variety of areas (specialized services, health, education), at different levels of intervention (individual, family, group), with various sectors of population (minors, family, women, adolescents, etc.) and in some phases of the intervention. Tales offer a map for the individual and the family to find the best way to overcome the problematic situation.

Cuentoterapia, an emerging formative discipline, brings a new perspective about the background of tales. It study the psychosocial foundations and meaning of the symbols that are found in them, focusing mainly on traditional tales of oral transmission and in the author (illustrated)tales. With all this, it creates catalogues applicable to the different personal and/or family difficulties.

Keywords: Tale, tool, therapeutic intervention, Social work, Cuentoterapia.

Introducción

En los últimos tiempos se han ido incorporando al trabajo social herramientas y técnicas provenientes de diferentes corrientes terapéuticas, aunque del cuento en concreto, existen todavía pocas referencias. En este trabajo, la propuesta es el uso de los cuentos de hadas o maravillosos, que han llegado hasta nuestros días gracias a la tradición oral y cuyo origen se remonta a tiempos inmemoriales. También de los actuales cuentos ilustrados, muchos de ellos recogidos de la actual literatura infantil; y los cuentos provenientes de diferentes culturas, religiones y/o corrientes terapéuticas, como los cuentos sufis, cuentos hindús, las parábolas, cuentos de Jorge Bucay, Jodorowsky, etc.

Los cuentos se vienen utilizando desde tiempos inmemoriales para apoyar los procesos de cambio, transformación y curación de las personas, sobre todo desde la cultura oriental. La tradición oral en occidente, aunque también milenaria, ha estado más vinculada a la trasmisión de valores y del acervo cultural.

La visión del individuo como ser biopsicosocial nos obliga a los profesionales de los ámbitos de la ayuda, a realizar un acercamiento a la persona observando cuanta influencia tiene en el proceso *carencial* y/o *disfuncional*, la dimensión físico-biológica, la psicológica y la social/relacional; y cómo la falta de cobertura de las necesidades de cada dimensión coloca en una posición de vulnerabilidad a la persona.

Si miramos a la familia como un sistema en si, su *disfuncionalidad* o *desequilibrio* ciertamente estará relacionado también con la dificultad de sus miembros en detectar/cubrir/gestionar las necesidades fisiológicas y de salud, las necesidades afectivo-emocionales, de seguridad, cognitivo-intelectuales y/o necesidades de relación e interacción social, de participación, de pertenencia y seguridad de los diferentes miembros que la componen.

El trabajo Social entendido desde esta perspectiva **necesita de herramientas** que intervengan de manera terapéutica en el proceso de recobrar

el equilibrio; acompañando y apoyando a la persona/familia a restablecer una relación satisfactoria y enriquecedora con su entorno más cercano. Responder a los problemas humanos desde una visión integral, al igual que adquirir **habilidades y destrezas** que les faciliten la intervención en los diversos contextos relacionales se convierte en imprescindible.

El cuento, se muestra en la práctica profesional como una herramienta poco invasiva y amable; susceptible de ser utilizada para apoyar estados emocionales asociados a momentos de pérdidas, disputas interpersonales con personas significativas, transiciones de rol, etc. así como favorecer procesos de relación e interacción. La tarea del trabajador social, en este caso, se centra en saber ofrecer los cuentos más adecuado al proceso de intervención.

El cuento nos puede ayudar en diferentes fases del proceso de intervención; siendo también muy valiosa su aportación como elemento de prevención.

Para extraer todo el potencial que encierra el cuento como herramienta terapéutica es necesario conocer las características de los diferentes tipos de cuentos, sus funciones, las bases psicológicas en las que se apoya su uso terapéutico, así como conocer el significado a nivel simbólico de numerosos cuentos maravillosos.

Ciertamente, todos los cuentos no son susceptibles de ser utilizados en esta tarea. La Cuentoterapia tiene aquí una de sus funciones más importantes.

El cuento maravilloso. Definición, origen y principales características

Desde diferentes disciplinas de las ciencias sociales (psicología, antropología, historia...), donde el cuento ha sido, en menor o mayor medida estudiado y/o utilizado, podemos encontrar definiciones en las que aparecen los términos cuento de hadas, cuento maravilloso o cuento de tradición oral indistintamente. No existe ninguna diferencia básica entre ellos. En la península ibérica, los cuentos de tradición oral no suelen tener como personaje al hada, esta suele ser representada por una viejecita o anciana, por esto, el termino *cuentos maravillosos* recoge mejor las características de los cuentos de transmisión oral de la península ibérica.

Desde la psicóloga, encontramos en el libro *Los cuentos espejos del alma* la siguiente definición:

(...) expresiones ancestrales de las facetas de la vida con las que fácilmente nos identificamos. De manera más o menos artística, nos ofrecen imágenes que reflejan nuestro destino: nacimiento y muerte; devenir y perecer, dicha y sufrimiento, alegría y tristeza, realización y fracaso, inocencia y culpa; pobreza y riqueza... y, sobre todo, amor y odio (Schneider, J., Gross, B., 2010, pág. 9)

Gustavo Martín Garzo, en su libro *Una casa de palabras*, habla del cuento como refugio frente a las angustias que provocan las incertidumbres de la vida. (Martín, 2013, pág. 9)

Joaquín Serrabona (2008), destaca la función terapéutica y preventiva de los cuentos, ya que ayudan a estructurar el universo cognitivo, emocional y relacional del niño. (pág. 62)

Otras definiciones recogidas en la literatura actual relacionadas con el uso de los cuentos como elemento de intervención psicoterapéutica serían las de Bruno Bettelheim y Sheldom Cashdan. Por un lado, en el libro *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*, Bettelheim refiere que “todo cuento de hadas es un espejo mágico que refleja algunos aspectos de nuestro mundo interno y de las etapas necesarias para pasar de la inmadurez a la madurez total” (Bettelheim, 2012, pág. 364); y por otro en *La bruja debe morir*, Cashdan expresa que “ (...) su valor perdurable descansa en el poder de ayudar a los niños a enfrentar los conflictos internos con los que se encuentran durante su crecimiento.” (Cashdan, 2017, pág. 26).

El origen de los cuentos maravillosos lo encontramos en las etapas más antiguas del desarrollo de los pueblos indoeuropeos. Se corresponden con las grandes transformaciones sociales que se produjeron en el Bajo Neolítico, en el tránsito de la humanidad tribal a la familiar, de la endogamia a la exogamia, del paso de recolectores al comienzo de la agricultura. (Almodóvar, 1999, pág. 26)

En casi todas las definiciones referenciadas se entrevé que el cuento no es únicamente un objeto de pasatiempo, entrenamiento o transmisión de valores culturales. Lorenzo Antonio Hernández Pallares (2017); ha resumido las características más relevantes de los cuentos maravillosos, basándose en la actual literatura al respecto. Destacando entre otras:

- *La historia del cuento se desarrolla en un mundo maravilloso; irreal, intemporal.* Para situarnos ahí, los cuentos comienzan con frases como “*Erase una vez cuando aún el tiempo no existía...*”. Abren nuestra parte simbólica,

nuestro inconsciente, a que reciba un mensaje. El lenguaje que mejor entiende nuestro inconsciente es el de los símbolos.

- *En el cuento maravilloso hay personajes, objetos y situaciones que pertenecen a un mundo mágico-simbólico* y que no guardan relación con las estructuras lógico-formales del pensamiento adulto, sino con las estructuras del pensamiento infantil.
- *El final siempre es feliz.* No pueden darse medias tintas en el castigo a lo malo; el niño necesita saber que la Bruja, el monstruo, el ogro... no volverá nunca más y el adulto, que hay una salida al conflicto.
- *Hay un rito de salida del mundo de los cuentos* con frases como “Aquí se acaba el cuento con pan y pimienta”. Señalan al niño, que lo que ha pasado en el cuento se queda allí, los sucesos y personajes terribles, no pasan a la vida real.
- *Tocan a nivel profundo y simbólico los problemas* con los que nos vamos a encontrar en nuestro desarrollo como persona (identidad, relación con los padres, complejos, miedos, relaciones con los amigos, pareja, etc.)
- *Los personajes son arquetipales, con pocos matices* (buenos o malos, tontos o listos), para una fácil identificación.
- *Son anónimos.*
- *La historia es lineal, el lenguaje suele ser sencillo.*
- *Su estructura es estable a lo largo del tiempo* y bastante semejante en todas las culturas.
- *Su transmisión es espontánea,* se da de manera natural de generación en generación.
- *Tienen una trama superficial y una profunda.*
- *Encierran varios mensajes,* dejando siempre la posibilidad de nuevas interpretaciones con cada nueva lectura.

¿Qué es la cuentoterapia?

Hernández Pallares (2017), quien acuñó este término hace más de 15 años, en el artículo *El arte de sanar a través de los cuentos*, expone que la Cuentoterapia consiste principalmente en el uso del cuento de manera terapéutica.

Se realiza un trabajo exhaustivo de análisis, utilizando conocimientos de diferentes orientaciones psicológicas. De la psicología constructivista de Jean Piaget, rescata las etapas del desarrollo cognitivo del niño; la psicología Ericksoniana, aporta la idea de que los elementos de choque y de sorpresa son útiles para quebrar disposiciones mentales rígidas y que los cuentos facilitan la

empatía con un paciente. Mantenía que *terapia* es todo aquello que cambia la pauta de conducta habitual.

La psicología del Alma, con Hillman como máximo representante, introduce el concepto de alma como motor arquetipal.”(Esteban, 2005)

Hillman defiende que el alma se alimenta de historias, que a su vez generan imágenes, que a su vez generan significados para la persona. Aporta a la cuentoterapia la idea de la no-trasformación de los cuentos maravillosos, con las mínimas interferencias del racionalismo; contar los cuentos más cercanos a la persona, los occidentales en nuestro caso, ya que estas narraciones son el fundamento de nuestra cultura y operan en nuestra psique queramos o no.

Mediante el continuo proceso de análisis y revisión de los diferentes tipos de cuentos, (maravillosos, ilustrados y de diferentes culturas), se crea un catálogo susceptible de ser utilizado en intervenciones terapéuticas en el ámbito educativo, sanitario y social.

Todo esto nos aporta nuevas perspectivas de cara a lo que es cada cuento, para qué nos sirve y cómo lo podemos utilizar. Aprendemos a elegir el tipo de cuento que nos viene bien para cada momento y por ello, los destripamos con el cariño de un viejo relojero. (Hernández , 2017)

Clasificación de los cuentos

Desde la cuentoterapia agrupan los cuentos en cuatro tipos, diferenciando entre:

- a) Los cuentos ***polisemicos*** serían los cuentos maravillosos, cuyas características ya han sido nombradas anteriormente.
- b) Los cuentos ***monosemicos***, tendrían las siguientes características:
 - Tiene un solo significado.
 - Son considerados *Cuentos Mensaje* que van dirigidos al centro mental.
 - Su fin suele ser ejemplarizante.
 - Persigue educar en un aspecto concreto.
 - Introducen un cambio de atención de lo esperado a lo inesperado.
 - Para acceder al inconsciente suelen utilizar la Metáfora.
- c) Los cuentos ***emosemicos***, cuyas características de manera resumida serían las siguientes:
 - Son sencillos y van directos al mundo de los sentimientos, al centro emocional de la persona.

- Son mayoritariamente *ilustrados* y el mensaje lo da la combinación de imagen y texto.
 - Provocan un cambio de visión y/o crean un estado emocional.
 - Recogen la sensibilidad del autor para mostrar estados emocionales.
 - Utilizan, acompañadas de un texto claro y sencillo, las propias imágenes, su estética, su originalidad o su creatividad para crear una toma de conciencia o dar un mapa de resolución del problema planteado.
- d) Los cuentos cuasi maravillosos o *proto-simbólicos* tendrían las siguientes características:
- Tienen una estructura sencilla.
 - Carecen de elementos mágicos, este es sustituido a veces por una orientación o consejo del personaje que ayuda al héroe.
 - Son claramente instructivos: previenen.
 - Los animales son depositarios de emociones básicas.

El análisis de los cuentos

Los cuentos maravillosos, mediante la descripción externa de una situación, están indicando la situación interna, "*Había una vez un rey viejo que quería dejar todo su reino a uno de sus tres hijos...*" (renovación interna) (Wasserziehr, 1996) . La autora expone que no es necesario explicar los cuentos a los niños, ellos descifran con más facilidad el significado simbólico de los cuentos, porque se encuentran más cerca del inconsciente. Es por esto por lo que los adultos necesitamos hacer consciente el contenido simbólico de los cuentos y utilizar un diccionario de símbolos para alcanzar su comprensión total.

Los símbolos surgen de la fantasía y esta es la puerta de entrada. Los cuentos facilitan a los niños y adultos crear ese puente que los lleva al mundo de la fantasía donde todo es posible, para desde allí encontrar las soluciones creativas a dificultades reales. Están constituidos de imágenes arquetípicas, plasmadas de la forma más pura.

Al igual que los sueños serían la manera que tiene el inconsciente de mostrar hacia fuera los conflictos o preocupaciones internas. Los cuentos, con el mismo lenguaje simbólico de los sueños, son la manera de hablarle al inconsciente acerca de cómo resolver los conflictos que le ocupan y preocupan.

Los/as cuentoterapeutas, a parte del análisis simbólico de los cuentos mediante la utilización de diccionarios de símbolos como el de Jean Chevalier,

realizan un análisis a un nivel más externo, viendo las relaciones que se dan entre los diferentes personajes principales del cuento, observando como cada uno habla de un aspecto de los problemas o dificultades que a nivel relacional se pueden estar dando dentro de un sistema familiar/grupal. Estaríamos hablando del *nivel-Interpersonal* de análisis. Por otro lado, el *nivel Intra-personal* de análisis llevaría a ver a cada uno de los personajes y símbolos del cuento como diferentes aspectos de nosotros mismos.

Los tres centros de la persona y su reflejo en los cuentos

Amy Gordon Hamilton, ya apuntaba la idea del hombre como sujeto biopsicosocial:

El hombre es un organismo biosocial; (...) Un caso social se compone de factores internos y externos, o sea, relativos al medio ambiente. No sólo se trata a la gente en el sentido físico, o al ambiente en el sentido físico, sino que se estudia a los individuos en todo lo que se relaciona con sus experiencias sociales, así como con sus sentimientos sobre estas experiencias (citada en Miranda, 2017, pág. 209).

Las tres dimensiones o centros de la persona serían el centro mental/cognitivo, el centro emocional/relacional y el centro corporal/instintivo. Los tres centros, están reflejados en el cuento a través de sus personajes. El funcionamiento armónico de estos tres centros nos permite el crecimiento. (Hernandez L. A., 2017).

El centro Mental estaría representado por personajes como el rey, la reina, el padre, la madre, en general las figuras que ostentan autoridad. El centro corporal-instintivo estaría representado por el hada, mago, abuela, abuelo, viejecita, animales colaboradores. El centro emocional estaría representado por el héroe o heroína, príncipe o princesa, el personaje principal.

Esta mirada a los cuentos es la que nos permite poder ofrecer en un proceso de intervención un cuento maravilloso a una persona o familia teniendo en cuenta que conflicto o dificultad necesita traspasar el personaje principal y como resuelve finalmente la situación para alcanzar, básicamente, el bienestar.

La función terapéutica del cuento

Los cuentos tienen la capacidad de reflejar las experiencias, pensamientos y sentimientos de la persona que los escucha. Permiten personificar y externalizar ideas y sentimientos que de otra manera serían difíciles de comprender.

La manera en la que el protagonista del cuento sobrelleva el problema ayuda a la persona que lo escucha a reelaborar reglas de comportamiento y de comprensión del mundo. Las personas tendemos a buscar en nuestro repertorio de experiencias, vivencias parecidas que le den sentido a nuestra percepción de realidad y nos recuerden cómo actuar ante esa situación.

Barcia (2004) recoge que en la tradición hindú se ofrecía un cuento a aquellas personas psíquicamente desorientadas para que meditaran sobre él y de esta forma llegasen a vislumbrar tanto la naturaleza del conflicto que vivían y por el que estaban sufriendo, como la sensibilidad de su resolución. (pág. 21).

Es inevitable ver en este uso del cuento una similitud con la tarea del trabajo social como orientador en procesos vitales complejos.

¿Qué aportan los cuentos al trabajo social?

En los procesos de intervención terapéutica y socioeducativa, las “cualidades” de la relación de ayuda, marcan claramente la calidad del vínculo entre las personas y el/la profesional, y, por lo tanto, la calidad de la intervención y los buenos resultados de esta. El objeto de intervención desde el trabajo social es un ser humano, de la misma manera que la fuente de la intervención también es un ser humano, el propio profesional. El principal canal de transmisión de esa intervención es la relación que entre ellos dos se cree. Esta relación es terapéutica porque tiene la intención de propiciar un cambio, o apoyar un proceso de desarrollo en el otro. El cuento se sitúa como facilitador y propiciador de esta relación imprescindible para nuestra labor.

He podido constatar en primera persona como lo esencial de la intervención deja de ser los recursos y su aplicación, sino la propia movilización de las personas y su posterior cambio, a través de la relación de ayuda fructífera que se establece y que facilita el proceso de cambio (Rodríguez, 2010, pág. 32).

Los cuentos captan el interés de la persona/familia con respecto al tema a tratar; ayudando a reducir la sensación de amenaza y suavizando la natural resistencia al cambio, sobre todo en “familias obligadas”.

Fomentan la independencia de la persona, quien al tener que conferir sentido al mensaje del cuento, extrae sus propias conclusiones o emprende acciones con propia iniciativa,. (Zeig, 1992) . Los mensajes de los cuentos imprimen su huella en la memoria, haciendo “que la idea expuesta sea más memorable”; la habilidad terapéutica consiste en aportar nuevos elementos que lleven a la persona a construir una nueva realidad y mirada acerca de las cosas. En personas muy instauradas en su problemática, el uso de cuentos posibilita entrar por la puerta del fondo.

En la intervención familiar, en concreto, el significado sistémico de los cuentos maravillosos (nivel inter-personal de análisis), ayuda a identificar la influencia de los guiones de vida de los padres con relación a la situación de conflicto y de crisis que les afecta; sobre todo sus temores, tabúes, creencias, no permisos, etc. Preguntar a los adultos de la unidad familiar cuales son los cuentos más significativos, facilita poner en conciencia en que forma cada una de estas cuestiones pueden estar influyendo de manera vital en la dinámica familiar.

Los cuentos maravillosos tienen una estructura interrelacional que, al conocerla, automáticamente llevan al profesional a ver las similitudes de estos con la historia personal y los bloqueos que se puedan estar dando en el individuo o la familia.

¿En qué fase de la intervención contar un cuento?

En una intervención de tipo individual/familiar, en la fase inicial de evaluación diagnóstica, puede contarse un cuento maravilloso o emosémicos y ver a qué parte de él reacciona la familia o alguno de sus miembros. Indagar en la historia personal de los adultos resulta menos arduo mediante la consulta del cuento más significativo para ellos.

Las reacciones al escuchar el cuento pueden aportar información acerca de la estructura y funcionamiento familiar¹³ y abre de manera suave la investigación acerca de los estilos de interacción familiar¹⁴.

El trabajador social usa la relación con las personas objeto de intervención como medio de comprensión de su problema y para proporcionar apoyo. Los

¹³ Organización, estructuración, conflictividad, expresividad emocional, adaptabilidad, tipo de representaciones mentales dominantes en la mentalidad familiar (modelos idealizados de familia), capacidad de expresión emocional, momento o fase del ciclo vital, funciones emocionales que están más afectadas, etc.

¹⁴ Claridad, entrega y compromiso, acuerdo y desacuerdo e intensidad afectiva, etc.

cuentos facilitan el establecimiento de *una vinculación empática* a nivel inconsciente, lugar donde los cuentos hacen su tarea.

En la fase de intervención, el cuento como herramienta nos facilita el reencuadre de la situación¹⁵; la normalización, reduciendo la magnificación; la proyección al futuro, qué cambios quiere hacer la familia y hasta donde llegar. Nos apoyan en el momento de elogiar los avances y favorecen la elaboración de las emociones y el pensamiento asociados a la situación problemática. Le facilita ejemplificar una opinión; sugerir soluciones; sembrar ideas e intensificar las motivaciones; *descolocar* al niño o a los adultos, al punto que ya no les sea posible recurrir a sus métodos de control habituales; persuadir a la familia para realizar algún movimiento; centrar la entrevista en aspectos familiares duros de tratar sin que la familia se sienta excesivamente invadida. *Por medio de un cuento, el profesional dice mucho, sin decir nada.*

Encargar la tarea a los padres, de leer algunos cuentos concretos a sus hijos es tomada como fácil, poco costosa por ellos y prolonga la intervención con la familia a los espacios íntimos, sin que la familia sienta la invasión.

Principales preocupaciones y sufrimientos familiares abordables con los cuentos.

Las preocupaciones o sufrimientos familiares e individuales están relacionados de manera mayoritaria con procesos de duelo: pérdidas por separación, fallecimiento de personas significativas del presente o del pasado reciente o reactualizaciones de duelos pasados; disputas interpersonales: expectativas no recíprocas con personas significativas en el presente (cónyuge, hijos, familiares, cuidadores...), transiciones de rol: cambios vitales importantes deseados/accidentales (divorcios, cambios laborales, limitaciones por enfermedad, cambios económicos...); déficits interpersonales: dificultades para establecer y mantener relaciones de intimidad, que provocan aislamiento social.

A estas preocupaciones se sumarían otras como la falta de medios para cubrir las necesidades básicas materiales y afectivas, las vivencias de ansiedad y estrés, los procesos de adicciones en algún miembro de la familia y los desajustes infantiles de atención, aprendizaje, comunicación e integración social.

Por lo tanto, si somos capaces de encontrar las imágenes que los cuentos nos ofrecen de estos sufrimientos y preocupaciones (análisis simbólico de los cuentos), podremos utilizar este conocimiento para ofrecerle a las familias mapas que puedan ayudarles a superar las dificultades actuales.

¹⁵ Presentar de una manera más constructiva y positiva la descripción del problema.

A modo de conclusión

La formación complementaria, hace que surjan nuevas maneras de mirar la realidad, de acercarse a las dificultades que presentan los individuos y las familias. Al igual que otras herramientas rescatadas por el trabajo social de diferentes corrientes terapéuticas, y que desde hace ya tiempo vienen siendo empleadas en los procesos de intervención individuales, familiares, grupales y comunitarios, el cuento, contemplado y utilizado desde esta perspectiva, irá mostrando sus *dones* conforme la práctica profesional los pueda ir incorporando.

Bibliografía

- Almodóvar, A. (1999). Cuentos al amor de la lumbre, 1. Madrid: Alianza Editorial.
- Barcia, E. (2004). Los cuentos populares y su utilización didáctica en Educación Infantil y Primaria. En La tradición oral en Extremadura: utilización didáctica de los materiales. (págs. 19-65). Mérida: Dirección General de Ordenación, Renovación y Centros.
- Bettelheim, B. (2012). Psicoanálisis de los cuentos de hadas. Barcelona: Booket.
- Cashdan, S. (2017). La bruja debe morir: cómo los cuentos de hadas influyen en los niños. Barcelona: Debate. Barcelona: Debate.
- Esteban, J. (octubre de 2005). Weblog de autor. Obtenido de <http://www.javieresteban.info/james-hillman-el-alma-del-mundo-y-la-enfermedad-del-mundo/>
- Hernández, L. A (2 de julio de 2017). Cuentoterapia. Obtenido de <http://www.cuentoterapia.com>
- Hernández, L. A. (agosto de 2015). El cuento como vehículo de crecimiento: la cuentoterapia en la escuela. Obtenido de <https://cuentoterapiaweb.wordpress.com/>
- Hillman, J. (1999). El código del alma. México: Martínez Roca.
- Martín, G. (2013). Una casa de palabras. México: Océano.

- Miranda, M. (9 de 5 de 2017). Tesis Doctoral en Xarxa. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10803/8406>
- Rodríguez, N. (2010). De la Relación de Ayuda en la Intervención Social. Documentos de Trabajo Social, 31-54.
- Schneider, J., Gross, B. (2010). Los cuentos, espejo del alma. Obelisco.
- Serrabona, J. (2008). Los cuentos vivenciados: imaginación y movimiento. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 61-78.
- Wasserziehr, G. (1996). Los Cuentos de hadas para adultos: una lectura simbólica de los cuentos de hadas recopilados por J. y W. Grimm. Madrid: Endymion.
- Zeig, J. k. (1992). Un seminario didáctico con Milton H. Erickson. Argentina: Amorrortu Editores.

9.2.5. TRABAJO SOCIAL EN EL MARCO DEL ÁMBITO DE LA JUSTICIA. FUNCIÓN PERICIAL Y MEDIACIÓN

PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LAS UNIDADES DE VALORACIÓN FORENSE INTEGRAL

Dña. M^a José Cremades Espinosa

Trabajadora social de la Unidad de valoración del IMI y CCFE de Murcia

Resumen.

Voy a tratar de describir e la labor del profesional del trabajo social en la Unidad de Valoración Forense Integral del Instituto de Medicina Legal de Murcia. Y, dentro de la misma, en concreto respecto su actuación en las peticiones de Informe Integral que nos solicitan los juzgados con competencia en Violencia sobre la Mujer.

En una primera parte describiré el origen de la unidad, el funcionamiento y características del nuestro equipo.

Para después centrar me en la aportación del trabajo social al mismo. Y más concretamente a los informes de Valoración Integral, desarrollando cual es nuestra metodología de trabajo y el objeto de nuestra Valoración social.

Con la L.O 1/2004 de la ley de protección integral de la violencia de género¹⁶, se introducen las **Unidades de Valoración Forense Integral**. Siendo en 2005 cuando esos equipos técnicos comienzan a trabajar, y se integran dentro de las estructuras de los Institutos de Medicina Legal. Este fue el caso de Murcia. Estas unidades están formadas por profesionales tanto de la medicina, de la psicología como del trabajo social.

A mi modo de ver, a nivel general, la figura del trabajador social en esta unidad ha sido desde el primer momento cuestionada. Vengo a decir esto porque a fecha de hoy todavía se cuestiona que debemos formar parte o no en las mismas, y en caso de considerarse necesarios, cuáles deben ser nuestras funciones dentro de la misma.

¹⁶ Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Disposición Adicional Segunda.

De hecho en la reforma de la LOPJ de 2015¹⁷, se refiere a estas Unidades como que "... *PODRAN FORMAR PARTE los psicólogos y trabajadores sociales...*". Y el desarrollo posterior de esta ley, es desigual en las diferentes comunidades autónomas. En unas están muy definidas estas unidades y las funciones de cada profesional. En otras ni siquiera funcionan.

En el caso de Murcia, a pesar de esta indefinición a nivel organizativo y formal que acabo de mencionar, se viene trabajando en equipo, con protocolo propio que, aún con carencias se viene acatando por los diferentes profesionales. Se parte de la base de la herramienta publicada por el Ministerio de Justicia, donde se habla del Informe de Valoración Integral¹⁸, expresando que se trata de "*construir un informe pericial de alta calidad en sus bases científicas y de metodología, que pueda responder a la petición que el juzgador considere necesaria en cada caso*".

LA UVFI de Murcia está formada por un psicólogo, una médico forense, y dos trabajadoras sociales que nos alternamos el trabajo en la misma. Y se trabaja atendiendo las peticiones de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer de la Región, a excepción de los de Cartagena y San Javier. Estas peticiones de valoración se pueden dividir en la siguiente tipología:

- A) En el ámbito penal,
 - **Situaciones de respuesta urgente.** El carácter de urgencia máxima que tienen estas situaciones plantea problemas, porque la unidad no realiza guardias.
 - **Valoraciones específicas** de cada profesional, por ejemplo, lesiones físicas a la médico forense; secuelas psicológicas al psicólogo, y al trabajador social daño en la relaciones sociales de la mujer.
 - **Valoraciones integrales.** Intervienen los tres profesionales, y se incluyen toda una serie de ítems desde las diferentes disciplinas en un mismo informe. Es decir cada profesional realiza la su valoración. De manera que en un mismo informe se valoren las lesiones físicas, daño psíquico, daño psicológico, socio familiar, laboral, etc..
- B) En el ámbito civil
 - Los procedimientos relativos Custodias, regímenes de visitas, etc, que se valoren más adecuados para cada caso.

¹⁷ Ley Orgánica 7/2015, de 21 de julio, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial artículo 479

¹⁸ COBO PLANA, Juan Antonio y cols. GUÍA Y MANUAL DE VALORACIÓN INTEGRAL FORENSE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y DOMÉSTICA. Secretaría General Técnica del Ministerio de Justicia. Centro de Publicaciones. San Bernardo, 62 -28015 Madrid. Suplemento al Boletín núm. 2000.

El grueso de nuestro trabajo en la UVFI son, por un lado, los procedimientos en el ámbito civil; y por otro lado la participación en las Valoraciones Integrales,

Paso a continuación a centrarme en como desarrollamos nuestra labor dentro de esta última.

Respecto a las diferentes fases de nuestra labor en la realización de Valoraciones Integrales, podemos esquematizar las siguientes.

- **Estudio de la documentación del caso.**
- **Realización de entrevistas.** Generalmente entrevistamos a los dos miembros de la pareja por separado. A este respecto he de aclarar que, en la medida de lo posible, tratamos de realizar las entrevistas de manera conjunta los tres miembros de la Unidad. De esta manera evitamos re victimizaciones y desplazamientos.
- **Contacto y coordinación con otros recursos y servicios:** ante los cuales poder, por un lado, contrastar la información que nos ha llegado desde las personas evaluadas, principalmente; y por otro lado completar la información acerca de las mismas.

Ejemplo de estos pueden ser: servicios sociales, centro de salud, CAVIS, colegios, PEFs, etc.

- **Contactos colaterales:** con otras familiares o personas que nos puedan aportar información sobre el caso.
- **Elaboración del informe pericial.** El informe se tiende a realizarse de manera conjunta, donde cada profesional aporta su análisis, y las conclusiones del mismo, en nuestro caso la valoración del daño social. Así como también podemos aportar propuestas de actuación y asesoramiento a SS^a.
- **Ratificación del mismo en el Juicio.** Donde además se aclaran cuestiones relativas al informe
- A ello hay que añadirle una **coordinación continua** entre los miembros del equipo, así como una coordinación concreta respecto a cada caso concreto.

Respecto a la metodología y técnicas propias del trabajo social, enlazando con las fases descritas anteriormente,

- **Estudiamos el caso**, con el examen de la documentación que se nos aporta, y. Se realiza un volcado de esta información, a unos cuestionarios de elaboración propia, sistematizar la información.

Puede ocurrir que en ocasiones si la información y/o documentación que se nos aporta está incompleta, se solicita al juzgado la misma. (por ejemplo se hace referencia a un informe del C.A.D que no nos consta)

- **Realización de la entrevista conjunta** planificada base a una agenda conjunta. En esta entrevista conjunta examinamos datos básicos de las personas evaluadas, así como referentes a la relación de pareja y a los hechos denunciados.

Cada uno de los miembros de la unidad, puede completar la misma con entrevistas por separado para concretar aspectos propios de su disciplina. Esto en lo que ocurre fundamentalmente con el trabajador social. Solemos retomar la entrevista y ahondar en aspectos de la situación económica y socio familiar, siguiendo un guión de recogida de información.

- Respecto a la **coordinación con otros recursos**, suele ser la Trabajadora Social quien la realiza, a través de entrevistas personales o telefónicas, mediante la petición de información por escrito, etc.
- Realización de **visitas domiciliarias**.
- **Coordinación y puesta en común** entre los miembros de la unidad, para elabora el informe, aportando cada cual su análisis y conclusiones de la situación, y con la intención de llegar a una conclusión única en relación con la compatibilidad o no con caso de Violencia de género.
- Tras esta puesta en común **se elabora el informe, y se manda al Juzgado**. O en su caso, se decide realizar más entrevistas, realizar nuevas gestiones, etc.
- Finalmente, se asiste al juicio, tras la pertinente citación del Juzgado, a ratificar y aclarar el informe.

Respecto la información que nosotras aportamos al Informe integral, se elaborará con el análisis de los diferentes apartados característicos de un informe social tiene:

- **Área Familiar:** clima violento, relación asimétrica etc, estereotipos de género, socialización de entornos familiares con usos de violencia etc
- **Área de Salud:** patologías, discapacidades, adicciones, etc.
- **Área económica:** dependencia económica, control, abuso, etc.
- **Área laboral y de formación:** porque de la situación: desmotivación, problemas económicos, impedimentos de la pareja, cuidado de hijos.
- **Relaciones sociales y red de apoyo, tanto formal como informal:** desinformación, escasez de recursos.
- **Área de vivienda:**
- *Relación de Pareja: relación asimétrica, dependencia emocional, relación violenta.*
- **Datos de Coordinación Con Otros Recursos.**
- **Valoración Profesional Relaciones sociales y red de apoyo**

Como ámbito de valoración propio del trabajo social forense trataremos de evaluar en que medida la situación de Violencia de Género ha podido causar daños a la mujer en las distintas áreas y las consecuencias que esos daños han podido tener.

Ejemplo: abuso económico, daño en la redes de apoyo, vulnerabilidad laboral, etc.

Expectativa de futuro.

Se acabe con la indefinición de las Unidades de Valoración Integral Forense, y de manera de normativa; y que se homogenicen criterios y formas de actuar, con adecuados protocolos. Así como dote de remuneración y derechos laborales adecuados, a la vista de la especialización y especial dedicación que se supone a los miembros de la unidad. Todo ello a la vista de materia de trabajo tan sensible.

EL TRABAJO SOCIAL EN EL MARCO DE LA JUSTICIA. FUNCIÓN PERICIAL Y MEDIACIÓN

Dña. Iluminada Pardo,
Trabajadora social de la Unidad de valoración del IML y CCFE de Murcia,
mediadora familiar y coordinadora Judicial de la Sección de Familia de la UMIM.
Vocal del Colegio Oficial de Trabajo Social

Palabras Clave: trabajo social, justicia, familia, evaluación, Intervención pericial, mediación, intrajudicial, forense.

Nos sentimos muy satisfechos por estar celebrando las II Jornadas de Trabajo Social de la Región de Murcia compartiendo con vosotros cómo se ha incorporado el Trabajo Social en la Administración de Justicia y las intervenciones que realizamos como asesores en los procedimientos judiciales y la más reciente actividad intrajudicial como mediadores en los procedimientos que son derivados de los distintos órganos judiciales.

De antemano quiero agradecer el impulso del Colegio Profesional y del Personal Administrativo y la colaboración de la Universidad y de los participantes que entre todos ha sido posible que se celebren estas Jornadas tan interesantes como encuentro de intercambio del ejercicio profesional y muy útil para dar visibilidad de nuestras experiencias profesionales.

Haciendo una breve historia a nivel legislativo la antesala de nuestra intervención pericial tuvo lugar a raíz de la Ley de Divorcio 30/1981 que introduce la posibilidad de que los jueces puedan recabar “el dictamen de especialistas” dotando a los juzgados de familia de unos profesionales de distintas disciplinas, como la psicología y el trabajo social, constituyéndose los llamados equipos psicosociales con la finalidad de asesorar a los jueces desde el punto de vista de cada especialidad en los asuntos de ruptura de pareja para decidir sobre la guarda y custodia y el régimen de visitas de los hijos menores o discapacitados.

Posteriormente, en esta materia civil de derecho de familia nuestras competencias se fueron ampliando más allá de las separaciones y divorcio asesorando sobre la idoneidad del régimen de la custodia y del régimen de visitas, a otros procedimientos judiciales como declaraciones de incapacidad, demandas contra las resoluciones de la administración por desamparo de los hijos, demandas de

auxilio nacional y europeo o de reconocimientos de maternidad o paternidad o cualquier otro en el que se requiriese información de índole social.

Otra base jurídica de intervención pericial de nuestra especialidad en la jurisdicción penal radica en la Ley Orgánica del Poder Judicial de 1 de julio de 1985 referente a los Juzgados de Menores infractores que, junto con educadores sociales y psicólogos, los trabajadores y trabajadoras sociales, formando parte de los Equipos Técnicos, emiten informes asesorando las medidas más idóneas aplicables a los menores que hayan cometido conductas tipificadas como delitos o faltas.

Siguiendo con el marco legislativo con la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección de Violencia de Género y a fin de que la justicia diera una respuesta global, un enfoque integral y multidisciplinar a este grave problema social de materia tan sensible se crearon las Unidades de Valoración Forense Integral formadas por un médico, un psicólogo y un trabajador social al considerarse que estos asuntos requieren ser estudiados desde el enfoque legal, médico, psicológico y social.

Actualmente tanto los Equipos Psicosociales que han pasado a denominarse Unidades de Valoración Forense como las Unidades de Valoración Integral hemos sido transferidos al Instituto de Medicina Legal, donde históricamente se han realizado informes periciales de médicos forenses y que actualmente ha pasado a denominarse Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses al haberse incorporado, junto a la Medicina Forense, otras ciencias como la Psicología y el Trabajo Social y generalizándose el término forense a los psicólogos y a los trabajadores sociales puesto que intervenimos como lo hacen los médicos forenses en procedimientos judiciales por encargo judicial y colaboramos con la justicia en la resoluciones judiciales.

El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IML y CC.FF), con sede en Murcia y una subdirección en Cartagena, es un organismo autónomo al servicio de la Administración de Justicia que presta asistencia técnica a los tribunales, fiscalías y juzgados de la Región de Murcia. A través del IML y CC.FF son tramitadas las demandas judiciales que deben ser sometidas a intervención pericial y emitirse un informe pericial, en el caso del trabajador social, desde el punto de vista de nuestra especialidad, que tiene valor como medio de prueba, y facilita al juez tener mayores elementos de juicio para resolver el procedimiento judicial del que se trate.

En líneas generales, en nuestras intervenciones periciales, utilizamos métodos específicos y bajo criterios objetivos e imparciales que nos permiten profundizar en los factores sociales que influyen en la familia a través de un estudio integral del ámbito familiar: su estructura, la incidencia de la ruptura familiar, la interrelación entre sus miembros, el entorno social, laboral y económico, las condiciones del hábitat, la existencia de riesgos para los hijos, su arraigo familiar y social.

Y nuestra intervención en materia penal de violencia sobre la mujer incidimos, además, no sólo en la evaluación de los hechos denunciados por la presunta víctima sino también de investigar si existen indicadores de una habitualidad en el maltrato durante la relación o convivencia con el denunciado, de analizar las dimensiones del daño social que presenta la víctima, - su aislamiento social y familiar, si ha habido maltrato económico, la estigmatización y el perjuicio socio-laboral que ha sufrido la víctima a consecuencia del maltrato, la vulnerabilidad que manifiesta derivada del daño infligido por el agresor, la repercusión de los actos violentos en los hijos - y de la valoración del riesgo de que se produzcan nuevas agresiones.

Como fuentes de información para la elaboración del informe pericial recurrimos a la revisión y el análisis de los documentos que conforman el procedimiento judicial que nos sirve de base para planificar y organizar nuestras intervenciones. Utilizamos como herramientas o fuentes de información las entrevistas semidirigidas individuales, la exploración de los hijos menores, la administración de cuestionarios de datos socio-familiares, escalas de valoración social, el estudio del hábitat mediante la visita y entrevista domiciliaria, entrevistas complementarias intrafamiliares e interprofesionales y, finalmente, coordinamos y contrastamos la información obtenida con el resto de los profesionales que forman parte de la Unidad de Valoración para facilitar unas conclusiones de forma fundamentada y complementaria.

Es importante aclarar, ante las dudas que me planteáis de si somos peritos o no los que formamos parte de las Unidades de Valoración Forense, que todos los trabajadores sociales con una formación o experiencia en periciales sociales, tanto si se trata de los que trabajáis en el libre ejercicio de la profesión, como los que estáis incluidos en la lista del Colegio Profesional o los que trabajamos de forma estable contratados por la Administración de Justicia, todos y todas en conjunto formamos parte de un mismo colectivo, con similares competencias y unas mismas funciones.

Nuestra labor hace necesaria una mayor comunicación y procurar vínculos profesionales entre nosotros, compartir nuestros conocimientos, inquietudes y experiencias puesto que una de nuestras debilidades como colectivo es el bajo número de peticiones judiciales que se demandan a los peritos sociales externos, siendo sorprendente que una intervención pericial tan necesaria y útil sólo sea requerida a los peritos que formamos parte de las Unidades de Valoración de la Administración de Justicia y no se realice de oficio, por decisión del juez o de las partes, a los peritos sociales inscritos en el Colegio Profesional. Y con mayor razón teniendo en cuenta el esfuerzo realizado por los trabajadores sociales para formarse en esta especialidad que no ven cumplidas sus expectativas en desarrollar la actividad pericial en la que se ha formado, por lo que deberíamos preguntarnos qué es lo que está fallando para que se esté dando esta indeseable situación que está poniendo en riesgo nuestra especialidad en trabajo social pericial.

Con este objetivo hemos creado en el Colegio Profesional un grupo de trabajo que sirva de encuentro profesional, procurar un espacio para proponer soluciones, intercambiar conocimientos prácticos y tomar decisiones y hacernos más visibles entre los operadores jurídicos.

MEDIACIÓN

Otra incorporación del trabajo social en el ámbito de la Justicia radica en la promoción y el ejercicio de la Mediación Familiar, en lo que estamos vinculados desde la década de los 90 cuando pertenecíamos a los llamados “equipos psicosociales” de los Juzgados de Familia, en cuyo contexto comenzamos a practicar intervenciones mediacionales, por la recomendación de las Directivas europeas y de los jueces, en los asuntos de alta conflictividad y en los de difícil cumplimiento de las resoluciones judiciales.

La definición de la Mediación Intrajudicial en el proceso de familia, recogida por el Consejo del Poder Judicial, es la siguiente: “es el proceso que permite a la pareja proponer y asumir acuerdos sobre su ruptura ajustados a sus necesidades y a las de sus hijos, ayudados y acompañados por el mediador” y persigue “construir relaciones positivas y favorecer la comunicación, disminuir tensiones, fomentar el comportamiento pacífico y la cooperación limitando las consecuencias negativas del conflicto de la pareja en los hijos”.

A nivel legislativo hay dos años cruciales sobre la Mediación Familiar Intrajudicial a nivel nacional: uno sucede con la Ley 15/2005 por la que se modifica el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio, que

reconoce a las partes la posibilidad de poder solicitar al juez la suspensión de las actuaciones para acudir a la mediación familiar y alcanzar una solución consensuada de los temas que plantean en el procedimiento judicial.

Y el otro reside en el real Decreto-Ley de 5/2012 de Asuntos Civiles y Mercantiles, que incorpora la Directiva 52/2008 del Parlamento europeo sobre mediación y que agrega en sus disposiciones generales la práctica de la mediación y su regulación, es decir, el concepto de mediación, el ámbito de aplicación, el procedimiento de mediación, el estatuto del mediador, los principios de la mediación, las instituciones de la mediación, la ejecución de acuerdos etcétera...

A partir de esta Ley el reconocimiento y el impulso de la mediación a nivel judicial ha sido trascendental y bien recibida por los operadores jurídicos que ya venían reconociendo que la respuesta jurídico-legal al conflicto familiar mediante un procedimiento contencioso no alcanzaba a dar una respuesta global, adecuada ni ajustada a las necesidades de la familia.

La promoción y la práctica de la mediación en los procesos de familia de los trabajadores y trabajadoras sociales la desarrollamos actualmente en la Unidad de Mediación Intrajudicial (UMIM) dependiente del Tribunal Superior de Justicia.

En la Unidad de Mediación todos los mediadores trabajamos de forma comprometida y altruista para la divulgación y propuesta de la mediación. Con esta finalidad informamos a las parejas derivadas de los juzgados a través de la llamada Primera Sesión Informativa Presencial (PSIP), a la que invitamos a asistir también a sus abogados y les explicamos el método de la mediación, de sus ventajas frente al procedimiento judicial ofreciéndoles la posibilidad de solucionar el problema jurídico y todos aquéllos que quieran tratar siempre que estén de acuerdo, mediante este método de resolución de conflictos como recurso alternativo a la vía contenciosa.

Sobre la práctica de la mediación, quiero destacar, que en nuestra trayectoria académica y profesional los trabajadores y trabajadoras sociales tenemos muy interiorizada la función mediadora puesto que en los distintos niveles de intervención, bien con familias, con personas individuales, con grupos o comunidades, tenemos incorporadas unas enseñanzas y una práctica profesional muy favorables para el análisis y la gestión de conflictos, bien sean conflictos de recursos, de relación, de valores, de creencias, de participación, en los que históricamente el Trabajo Social ha promovido la justicia social, el empoderamiento de la persona, iniciativas constructivas, intereses comunes, relaciones cooperativas, distribuciones equitativas. Todas ellas iniciativas

estrechamente relacionadas con los principios afines a la mediación por lo que, para el ejercicio de la mediación, llevamos este valor añadido que nos habilita, con el refuerzo de una formación teórico- práctica específica en mediación, desarrollar esta especialidad sin ninguna complicación ni limitación.

Para terminar, y haciendo una reflexión de los resultados de nuestra intervención pericial entre los operadores jurídicos, podemos decir que hoy día, aunque aún queda mucho camino por recorrer y muchos desafíos que afrontar, el Trabajo Social está consolidado y bien reconocido en el engranaje de la Justicia.

Como muestra de este reconocimiento voy a hacer referencia a la apreciación que sobre nuestra intervención pericial pronunció el Juez de Familia de Málaga, don José Luis Utrera Gutiérrez, - que dice lo siguiente: - “por el tipo de relaciones humanas y sociales que se ocupa el derecho de familia es cada vez más importante el papel que desempeñan especialmente los psicólogos y los diplomados en trabajo social, el dictamen que emiten estos especialistas (artículo 92 del Código Civil), es prácticamente determinante para la resolución judicial que se adopte, no siendo excesivo afirmar que, en estos supuestos, el juez de familia “delega” en tales profesionales la adopción de las decisiones correspondientes”.

Y en segundo lugar, he recogido otra reseña de la Fiscal Delegada de Violencia sobre la Mujer en Huelva, doña Adela García Barreiro, que apunta sobre nuestra labor pericial : -“considero que la figura del trabajador social es imprescindible ya que es el profesional que está preparado para detectar la realidad social del agresor, de la víctima y de los hijos, sus medios y forma de vida, los posibles factores de riesgo en que la víctima pueda encontrarse, información tan importante no solo para proteger sino para prevenir posibles factores de riesgo”.

Con estos reconocimientos que confirman y sitúan al Trabajo Social como una disciplina de interés y válida para la Justicia doy por terminada mi intervención.

Muchas gracias.

9.3. ESPACIO 3: SALA DE EXPOSICIONES

FENÓMENO “NI-NI-NI”: APATÍA Y CLAUDICACIÓN SOCIAL EN JÓVENES. CÓMO RESPONDER DESDE LA ACCIÓN SOCIAL

Dña. Rosa Ortega Navarro

Trabajadora social de UTS del Centro de Servicios Sociales de Yecla.

Dña. Antonia María Díaz Galipienso

Educadora social responsable del programa “Educar en la Calle” del Ayuntamiento de Yecla.

Palabras Clave: Apatía, Desmotivación, Juventud, Riesgo Social, Trabajo En Red.

RESUMEN:

Hace algún tiempo se populariza socialmente el término “Ni-Ni”, en alusión a un sector de la población juvenil excluido del sistema formativo, y que llegaba a su edad laboral en una coyuntura socio económica que les cerraba cualquier expectativa de empleo...”ni estudiar, ni trabajar”, manteniéndose ociosos y descuidados, indolentes y resposdones, para desesperación e impotencia de sus familias.

Si bien no partimos de estudios contrastados sobre este fenómeno, la práctica social revela una nueva vuelta de tuerca de esta realidad, un tercer “Ni” cada vez más frecuente: que además no se relacionen.

Confinados en el hogar familiar donde cayeron hace tiempo las certezas y consensos respecto a la autoridad parental, pasan el día en un reducto de su intimidad: su cuarto. Abducidos por la pantalla, invirtiendo horas de sueño y comida, a menudo flirteando con la marihuana, sin encontrar ánimo ni motivos para el auto cuidado, ni un espacio para la participación social. Abandonan sus relaciones sociales, sus amigos, la calle o el instituto ...la vida real.

Es preciso en estas situaciones evadirse de los sentimientos de culpabilidad por defraudar a los padres, de la ausencia de expectativas personales, de la incertidumbre y la indecisión, de los sentimientos de fracaso, y de la incapacidad para encontrar una salida. Es preciso no pensar. No pedir respuestas si no se sabe ni a quien ni qué preguntar...

Se trata pues de una nueva forma de exclusión social, no relacionada con la carencia socioeconómica, ni siquiera necesariamente con disfunciones familiares de base; pero que ocasiona pérdida de potencial humano, sufrimiento familiar, conflictos, y por tanto es materia de trabajo social.

No existe ningún ámbito que se identifique claramente para prestar ayuda en estos casos, ni servicios públicos, ni asociaciones. Apenas servicios psicológicos privados a los que generalmente los propios jóvenes no quieren acudir o que en el mejor de los casos produce resultados lentos e inciertos.

1. INTRODUCCIÓN

Una realidad que se hace visible. Son jóvenes que No estudian, que No trabajan y jóvenes que No sueñan...un adolescente desmotivado quizá sea un adolescente que no sueña, que no proyecta su vida hacia el futuro. En un momento vital en el que hay tanto por descubrir, nos debe parecer extraño que encontremos adolescentes apagados. Seres conectados a sus aparatos tecnológicos y desconectados de la relación con sus iguales tan necesaria para el desarrollo de su identidad, conectados al escaparate virtual que suponen las redes sociales pero desconectados incluso de su propia vida real. Jóvenes que, en casos extremos, optan por apartarse de cualquier tipo de contacto, incluso el familiar y se auto recluyen. Acaso podemos estar apuntando a una de las causas de esta desconexión social del tercer “Ni” al que apunta este comunicado, pero parece demasiado evidente y demasiado sencillo que tan solo sea una evasión virtual... ¿Por qué surge el tercer Ni? ¿Cuáles pueden ser las claves de esta realidad?.

2. CARACTERÍSTICAS Y FACTORES ASOCIADOS

“NI, NI” es una abreviación del término NEET que se originó en Inglaterra a final de los 90, tras un estudio para denominar a los jóvenes de entre 15 y 26 años que ni estudiaban, ni trabajaban ni estaban participando en ninguna acción formativa, el término se ha introducido a otros países y en los de habla hispana se denomina el concepto con el término “NI NI”, puede abarcar jóvenes de hasta 35 años.

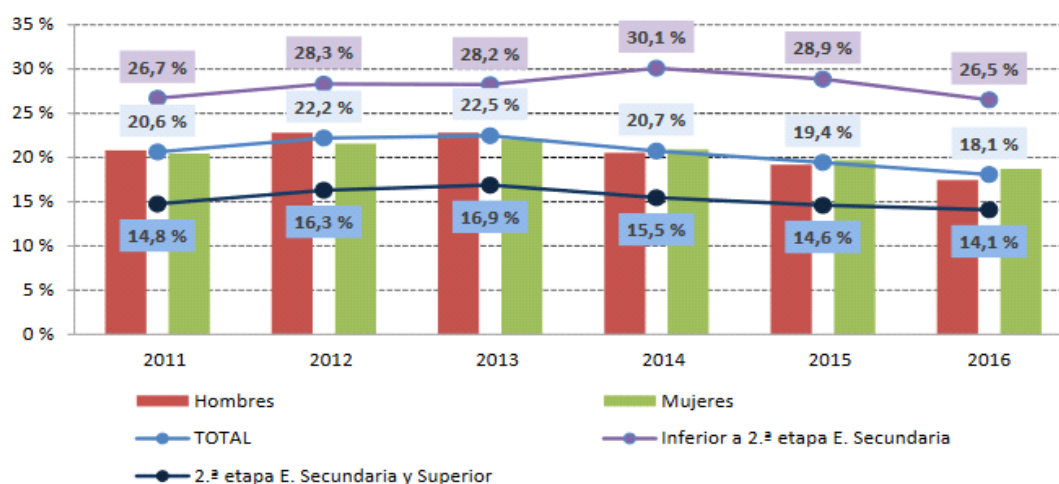
Se trata de un grupo social altamente vulnerable: se enfrentan de forma incierta al futuro en el que no van a tener oportunidad de ser competitivos, por tanto, están en desventaja social frente a los jóvenes que, si trabajan o si estudian, van a estar privados de mejores oportunidades y calidad de vida.

Esta situación de marginalidad laboral y social se acrecienta todavía con más intensidad en los casos de estratos socioeconómicos más bajos, dejándolos en una situación de absoluta exclusión.

El grupo es difícil de definir pues no es homogéneo, coinciden en la desmotivación hacia la formación y el empleo como característica común, pero llegan a esta situación desde distintos entornos y causas.

Estos jóvenes van aplazando el paso a la vida adulta y la asunción de responsabilidades en un dilatado estiramiento de la adolescencia. La prolongan con una postura que puede ser forzosamente irreflexiva y hedonista, quizá por falta de herramientas para asumir responsabilidades, quizá por desmotivación y apatía, por falta de estímulos y de retos para dibujar su propio futuro o por falta de confianza.

Gráfico 1: Evolución del porcentaje de población de 15 a 29 años que ni estudia ni trabaja por sexo y nivel de formación. 2016



Fuente: Encuesta de Población Activa. INE.

Según los datos aportados por de la OCDE¹⁹ (Indicadores OCDE ,2016: 6) en su presentación anual de estadísticas e indicadores *del sistema educativo*, sobre formación , mercado laboral y abandono educativo., Publicado por el MECD 20, Refleja que el 18,1% de los jóvenes de 15 a 29 años no estudia ni trabaja, cifra inferior en 4 puntos a la del año 2013 (22,5%) (Ver Gráfico 1)

¹⁹OCDE(Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) *Panorama para la Educación 2016.Informe (Nota Resumen p.3)*. Reproduce los datos de los indicadores más relevantes para España, en comparación con la media de los países de la OCDE.

²⁰MECD, Ministerio de Educación , Cultura y Deporte.Información estadística sobre las variables educativas que se recogen en la Encuesta de Población Activa del Instituto Nacional de Estadística,

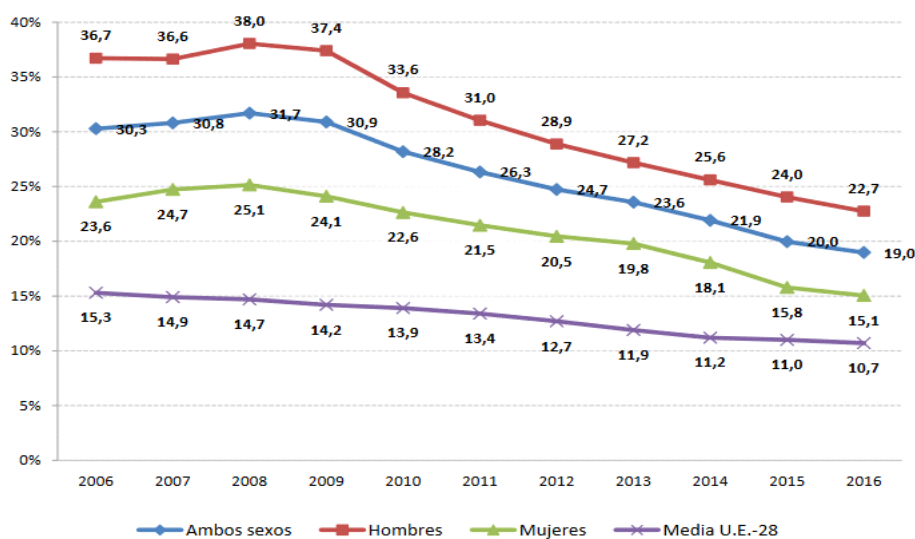
2.1 LA EXPULSIÓN DEL SISTEMA DOCENTE

El Marco Estratégico para la cooperación europea en el ámbito de la educación y la formación²¹, establece el seguimiento de objetivos 2010 -2020. A su vez expone que la proporción de abandonos prematuros en la educación y la formación debería estar por debajo del 10% para garantizar que haya más personas que terminan su educación y formación en 2020 .

Según arrojan los resultados de los datos 2016 del MECD, el análisis de los principales resultados de abandono temprano de la educación y la formación en España se sitúa en el 19,0% (ver Gráfico 2).

lo que supone un descenso de 1,0 puntos respecto al año anterior (20,0% en 2015). Comparando con el año 2008 (31,7%), a partir del que se inician los descensos, se ha producido una bajada de 12,7 puntos. Sin embargo, la distancia con la media de la Unión Europea (10,7%) todavía sigue siendo muy significativa”

Gráfico 2: Evolución del abandono educativo temprano en España, por sexo, y en la U.E. 2016



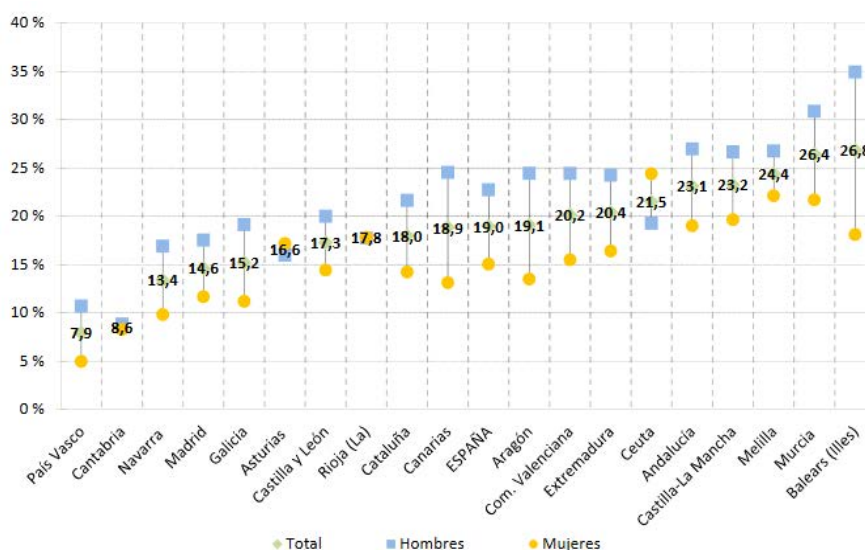
Fuente: Encuesta de Población Activa - INE y Labour Force Survey - Eurostat

En cuanto a la situación del abandono temprano de la educación y la formación en 2016 por comunidad autónoma (ver Gráfico 3), existen diferencias significativas.

²¹ En mayo de 2009, el Consejo Europeo estableció el nuevo Marco estratégico para la cooperación europea en el ámbito de la educación y la formación («ET 2020»), dentro de la nueva estrategia de Educación y Formación 2020. MECD 2013

Destacan dos comunidades que están por debajo de la media europea (10,7%): País Vasco, 7,9%, y Cantabria, 8,6%. Cinco comunidades se sitúan por debajo e la media de España (19%) y las peores situadas Islas Baleares (26.8%) y Región de Murcia (26.4%), este dato queremos que se observe expresamente por ser de especial interés en nuestro comunicado.

Gráfico 3: Abandono educativo temprano por sexo y comunidad autónoma. Año 2016



Fuente: Encuesta de Población Activa. INE.

El llamado indicador de abandono escolar prematuro, alude a aquellos jóvenes que completan el ciclo de secundaria pero que no prosiguen con estudios de formación profesional ni de bachiller, no cursan estudios ni reglados ni tampoco no reglados. Estos jóvenes están muy próximos a los riesgos de exclusión al limitarse las oportunidades de formación a las que podrán acceder con su titulación, y por consiguiente serán receptores de trabajos más precarios.

En el contexto educativo de nuestro país, este abandono temprano también engloba a las cifras del llamado indicador de fracaso escolar. Son aquellos que no han conseguido titular la enseñanza obligatoria, no han conseguido la ESO. Lo que supone uno de los aspectos más espinosos del caso español.

Muchos de estos jóvenes desalentados por distintas causas, a veces, ajenas a ellos, otras veces, intrínsecas a su circunstancia personal, comienzan por una escalada de desafección hacia el sistema educativo, el cual los va dejando marchar sin ofrecerles ningún camino atractivo para continuar en él.

Creemos, que al tiempo que se premia la excelencia, también se debe apostar por un sistema educativo que atienda tanto al talento como a las capacidades individuales y diferencias de aquellos que no se adaptan al mismo, y no recorren el camino marcado a priori.

Desde que en el curso 2014/2015 entrara en vigor la nueva ley de educación LOMCE²², y se eliminan los PCPI (Programas de Cualificación Profesional Inicial) que, aún con sus defectos se entendían como un recurso rescatador de los “fracasos” y lanzadera hacia la Formación Profesional y la Eso (Revista de Educación Social, 2016), queda como única alternativa la FPB (Formación Profesional Básica). El acceso a este recurso está condicionado por la limitación de plazas, así como por la poca diversidad de ofertas en el entorno de cada joven. Nos llama la atención que el propio sistema caiga en la incoherencia de no ofrecer alternativas factibles para cumplir la obligatoriedad de la escolarización que se exige pues los alumnos de 15 años pueden acceder a este recurso que no es enseñanza obligatoria.

Estos jóvenes tienen miedo a fracasar por lo que no arriesgan y, como consecuencia no están desarrollando habilidades para la resolución de conflictos y para la toma de decisiones. Quizá porque piensen que tienen escasas expectativas de ser incluidos en el mercado laboral, o para alcanzar al menos un nivel CINE 3²³. (Indicadores de la OCDE 2016 : 73-74)

2.2 FACTORES FAMILIARES

En la relación de posibles factores influyentes, no podemos obviar el ámbito familiar. Cabe cuestionarnos qué modelos educativos y relacionales han imperado en las familias, y qué puede haberse desvirtuado. La generación actual de padres de adolescentes creció en una época de eclosión democrática y desarrollo económico. La libertad y el bienestar material, en contraposición con la privación y el trabajo infantil de generaciones anteriores, y de estilos educativos autoritarios. En consecuencia, puede que en muchos casos se haya ejercido un rol demasiado benefactor, en otros casos pueden haber existido otras cuestiones de estructura familiar o de carencia de habilidades de base.

²²Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. Lomce

²³ Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) 2011. El nivel CINE 3 corresponde a educación secundaria superior : Bachillerato, Ciclos Formativos de Grado Medio y otras enseñanzas Artísticas y de Escuelas Oficiales de Idiomas. Se puede consultar en :<http://www.uis.unesco.org/Education/Documents/iscde-2011-sp.pdf>.

La conflictividad familiar es otra consecuencia que se deriva de la desmotivación juvenil hacia la búsqueda de su futuro. A las dificultades propias, se suma la alarma de los padres ante esta situación, pensando que están derrochando un tiempo maravilloso, que en esta etapa de la vida es tan preciado, sabedores de que cada día que el joven no aproveche es una oportunidad malgastada.

Obviamente el adolescente vive en un entorno concreto que también condiciona su desarrollo vital en esta etapa de cambios, hablamos de los factores psicosociales en los que todo sujeto está inmerso, los estímulos que provienen de su contexto (familia, iguales, escuela...), como también ligado a los grandes cambios hormonales que se experimentan en este ciclo. Todo condiciona el comportamiento más o menos agresivo e irritable del adolescente y las posibles consecuencias de que la familia entre en conflicto.

2.3 EL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

Son fruto de su tiempo y de su contexto social como cualquier ser humano. Han llegado a la adolescencia coincidiendo con años de recesión económica, el momento de su eclosión se ha producido en una etapa de desesperanza social generalizada, en una reciente época de crisis, en la que poseer un título universitario no ha sido sinónimo directo de trabajo bien remunerado y estatus social. Esto ha devaluado aún más el valor del esfuerzo, hasta no tenerlo en cuenta ni como una virtud ni como una opción.

Tienen muy baja tolerancia a la frustración, no son capaces de soportar determinadas situaciones y manifiestan cierta incapacidad para afrontar momentos que impliquen malestar, quizá impulsados por un pensamiento a corto plazo que es más inmediato y no valora consecuencias al medio y al largo plazo.

Una de las características socioeconómicas añadidas es un escenario de gran consumismo justo antes de la crisis económica, en un entorno social donde “la cultura del esfuerzo” ha perdido valor, programas de televisión que nos alienan y nos proveen de unos atributos psicológicos simplistas, carentes de criterio y poco reflexivos, tanto más empobrecedores por cuanto afectan a personas “en construcción”. Por otra parte, los contextos familiares han generado ambientes familiares demasiado complacientes o donde se han podido dar pautas de crianza demasiado facilitadoras cayendo en la sobreprotección en algunos casos.

2.4 NUEVAS TECNOLOGÍAS

Son jóvenes muchas veces con escasas relaciones sociales con iguales, que se refugian en la Nuevas Tecnologías, las cuales les sirven de escaparate en el que muestran su vida pretendiendo dar una imagen ideal, en busca del reconocimiento social virtual, pudiéndose convertir para los jóvenes “Ni-Ni”, en una trampa de su propia realidad: sin éxito, sin proyecto vital, buscando relacionarse a través de las redes y descuidando las relaciones sociales reales entre iguales necesarias para el desarrollo de su identidad cognitiva.

Son nuevas formas de relación social que se han generalizado con las Nuevas Tecnologías de la Información, propician transformaciones en las interacciones sociales y crean comportamientos más individualistas.

2.5 CANNABIS Y OTROS TÓXICOS

Otro factor de vulnerabilidad muy importante es el inicio temprano en los consumos de sustancias tóxicas muy generalizados como el cannabis. La leyenda urbana extendida entre los jóvenes sobre las bondades del cannabis y que es mucho más “natural que el tabaco”. Nada queda más lejos de la realidad y de la opinión de los expertos que advierten que el sistema nervioso central de los adolescentes es extremadamente vulnerable a la alta concentración de THC que contiene este tóxico y cuando se ve expuesto afecta estrechamente a la concentración, a la falta de memoria y por tanto al aprendizaje, así como a los reflejos y a la capacidad motora, incluyendo el “síndrome amotivacional” que implica apatía y desinterés por los estudios y el entorno, en una verdadera paralización del impulso vital. Sienten “desgana para hacer cualquier actividad prolongada que requiera atención o tenacidad. Como resultado, la mayoría de ellos tienen pobre desempeño escolar y laboral, ya que suelen presentar dificultades para el estudio y aprendizaje” (Gutiérrez-Rojas, De Irala, Martínez-González. 2006.)

2.6 ¿HABLAMOS DE UNA NUEVA PATOLOGÍA?

La falta de motivación puede llevar a la desesperanza y ésta a su vez a la ansiedad o la depresión. Se pueden ver inmersos en un proceso de aislamiento progresivo (Castelán Valdivia Antonio.2010: 6) “socialmente son jóvenes que sufren... sobre todo la falta de autoestima y aceptación, por lo regular la gente Ni-Ni son los que están más familiarizados con las nuevas tecnologías pero para uso personal y no comparten a veces sus descubrimientos, eso los hace ser unas personas que son adictas a pasar mucho tiempo encerrados dentro de su burbuja virtual, ya que se

conectan entre ellos y se reúnen con ideales y temas de conversación muy homogéneos “.

Actualmente, se comienza a hablar incluso de consecuencias patológicas derivadas del aislamiento autoimpuesto (García Campallo, 2016), este síndrome, bautizado con el término “Hikikomori “. Acuñado por un psiquiatra japonés en 2000, significa apartarse, estar recluido. Se trata de un aislamiento social que comienza de forma gradual, hasta que poco a poco el joven Hikikomori se cierra en su habitación ante la mirada atónita de sus amigos y familiares. Se vuelven seres deprimidos e inseguros y pueden pasar meses e incluso años antes de que vuelvan a salir de la misma. La falta de contacto social provoca pérdida de habilidades sociales y de referentes del entorno. Pierden la noción del tiempo y siguen ritmos biológicos desordenados, e incluso falta de aseo personal. Se refugian en los video juegos que se convierten en sus referentes vitales.

Existen muy pocos estudios al respecto por lo que no partimos de datos estadísticos contrastados. Pero fuentes periodísticas revelan sobre un primer estudio a nivel europeo realizado por el Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones del Hospital del Mar en Barcelona, en el que se comienza a hablar de casos en Europa (la Vanguardia.com, 2014), los pacientes afectados podrían ser difíciles de calcular y se trata de un “tema complejo que demanda apoyo y psicoeducación familiar para acompañar y facilitar la comprensión” . (20minutos.es, 2014).

Existe el riesgo de caer en una visión social estereotipada y simplista sobre estos jóvenes como vagos, perezosos e irresponsables, o incluso fracasados, sin embargo, se trata de personas atrapadas en el círculo vicioso de su propio inmovilismo y de la censura familiar... El adolescente o el joven debe encontrar su propia identidad, debe aprender a conocerse y a “Reconocerse, iniciar la búsqueda de sí mismo, encontrarse con sus propias potencialidades, que sin lugar a dudas posee. En ello estará la clave para saber lo que quiere, sus intereses,” sus sueños” ...lo que le facultará para elaborar su proyecto de vida.

3. EXCLUSIÓN SOCIAL

Se puede apuntar que una consecuencia directa de no participar en los procesos formativos, estimula el surgimiento de las desigualdades, por ende, las acotadas probabilidades de inserción en los procesos productivos, al menos de una forma que suponga cierta dignidad, debilitando y menguando, cuanto menos, la calidad

de vida, y sin duda alguna, privando de los recursos básicos con los consecuentes escenarios de precariedad que gesta la exclusión social.

En palabras de Saiz Vargas, L.F.(2015).”En una ya clásica propuesta metodológica para la clasificación de la población conforme a su situación respecto a la integración o exclusión social, Robert Castel (1995) contemplaba tres zonas en el continuo que va de la exclusión a la integración. En un extremo, una primera zona de integración estaría compuesta por el conjunto de individuos con un trabajo seguro y unas relaciones familiares y sociales sólidas. En el otro extremo, la zona de marginalidad o exclusión agruparía al conjunto de personas en las que confluyen la ausencia de trabajo y el aislamiento social. Entre ambas zonas, el autor reconoce una zona de vulnerabilidad caracterizada por la fragilidad de los vínculos que unen al individuo con el mundo laboral y con sus apoyos y redes sociales. Esta última es una zona de riesgo en la que puede ser relativamente fácil resbalar en su pendiente hasta caer en la zona de exclusión.”

Estos Jóvenes se convierten así en una juventud precarizada, su situación de descualificación formativa los va a enfrentar a una inserción sin cualificación , en un mercado laboral que se va a caracterizar por la inestabilidad, la rotación y muy probablemente largos periodos de paro.

4. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Ponemos el acento en el abandono de la formación, por cuanto ello supone el abandono de proyectos, en un momento vital en que es preciso aprender aquello que les servirá para trazar su futuro, desmotivados por un sistema que no tiene estrategias y herramientas para gestionar las necesidades que estos jóvenes precisan. Estamos ante las ovejas negras de la educación, y estamos generando bolsas de exclusión con jóvenes que no sienten simpatía por un sistema escolar que no les da respuesta, que no los tiene en cuenta en sus diferencias. Al sistema educativo también le corresponde luchar contra la exclusión, Los excluidos no van a alzar su voz de modo reivindicativo, simplemente quedaron fuera por distintas causas, muchas ajenas a ellos, sin que el sistema se les volviese lo suficientemente atractivo para retenerlos.

Nuestro actual modelo educativo no ha sabido incorporar los grandes cambios sociales, ha podido quedar en cierto modo atrapado en estilos y procesos caducos / la vieja escuela, en el pasado sin afrontar los grandes desafíos de la Sociedad de la Información.

Las propuestas educativas deben hacer un cambio en muchas direcciones, itinerarios educativos, contenidos curriculares, agrupamientos, recursos, dirección de los centros etc..., también deben incluir estrategias generadoras de cohesión social y que eliminen desigualdades entre el alumnado desde las etapas de infantil ,haciendo partícipe a toda la comunidad educativa , lo que incluye a los profesores, a las familias y a los propios alumnos.

A nuestro entender es necesario ofrecer alternativas para que los jóvenes ya desmotivados entre 14 y 18 años puedan adquirir competencias que les permitan ser incluidos en procesos cualificadores como los certificados de profesionalidad que capacitan para el acceso al mercado laboral.

Se trata de perseguir consensos que busquen la mirada de aquel que hasta ahora no ha podido triunfar, que busquen descubrir los talentos y habilidades que cada uno de forma individual posee. La escuela debe ayudar a encontrarlos y ponerlos en valor, favoreciéndolos con recursos y herramientas y atendiendo a la diversidad , singularidad, individualidad y a todos los principios pedagógicos esenciales. De este modo hablaremos de una escuela inclusiva.

5. A MODO DE CONCLUSIÓN.

La complejidad de esta realidad social hace vislumbrar por tanto una dificultad añadida: la necesidad de incidir de forma coordinada y sinérgica desde los ámbitos educativo, formativo, social, sanitario y psicológico. Creemos que la problemática debe afrontarse desde una perspectiva holística en la que se incluyan a los diferentes organismos e instituciones:

- Revisar los modelos educativos actuales hacia una escuela inclusiva.
- Promover la realización de investigaciones que visualicen la existencia y volumen de esta realidad.
- Ofrecer apoyo y atención emocional a los afectados para romper las dinámicas establecidas,
- Buscar al joven en su medio real o virtual, para que se pueda producir el reingreso en el sistema y pueda desarrollar competencias para el empleo o para proseguir con su formación.

- Concebir programas que faciliten la “rehabilitación social”, reaprender y volver a disfrutar del contacto y la interacción humana, y que generen factores protectores que sientan las bases de la actitud del “SI”.
- Proporcionar soporte seguimiento y orientación familiar para que el entorno sea más favorecedor.
- Facilitar e impulsar movimientos sociales de apoyo para los jóvenes y sus familias (grupos o asociaciones específicas especializadas en adicciones y en jóvenes, de familiares de enfermos mentales. Etc..)

Y además que sea a través de un consenso institucional que valide esta acción, ya que actualmente, no existe respuesta pública por lo que solo se pueden aludir a experiencias puntuales y de sello personal.

6. EXPERIENCIAS

Los proyectos “Educar en la calle” y “Voluntariado Juvenil” del Centro Municipal de Servicios Sociales de Yecla, se basan en el apoyo a la población juvenil de entre 12 y 25 años dentro del perfil de factores de rechazo al sistema, riesgo de exclusión o cierta vulnerabilidad. son un mecanismo normalizador y regulador del entorno socioeducativo de los jóvenes Al mismo tiempo la iniciativa del Voluntariado Juvenil, consiste en impulsar a esta población hacia la integración en acciones de carácter social, cultural, deportivo, medioambiental...en el caso de ambos programas se establece contacto con ellos en su propio medio y se constituye un puente entre los jóvenes y los recursos normalizados del contexto inmediato. Entre sus finalidades está fomentar el uso positivo del Ocio y Tiempo Libre e impulsar la Cooperación Social, motivar a los jóvenes hacia la reincorporación y permanencia en el sistema educativo formal. Servir de Coordinación y enlace con las instituciones y los agentes sociales y educativos del contexto y fomentar el desarrollo de un proyecto de transformación personal y social, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA:

- *Castelan Valdivia, A :De la generación ni-ni hacia la generación si-si, el gran salto dentro de la sociedad en la globalización contemporánea, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, agosto 2010.*
- *García Campallo, J(2016). Javier García Campallo: Primer caso de Hikikomori en España (imagen) Available*
at:https://www.youtube.com/watch?v=UPDMINcuHCE
- *Gutiérrez -Rojas de Irala, Martínez-Gonzalez (2006) 50(1):3-10. Universidad de Navarra. Available*
at:http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/7139/1/SUN%20RUN20%2850%2c1%29%202006.pdf
- *Indicadores OCDE 2015. (2015): Panorama de la Educación 2015. Available*
at: https://www.oecd-ilibrary.org/education/panorama-de-la-educacion-20795793
- *Indicadores OCDE 2016. (2016). Panorama de la Educación 2016. Available*
at: http://https://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/mercado-laboral/epa2016.html
la vanguardia.com (2014). psiquiatras confirman que el síndrome de hikikomori también está en Europa. Available
at:http://www.lavanguardia.com/vida/20141111/54419177245/psiquiatras-confirman-que-el-sindrome-de-hikikomori-tambien-esta-en-europa.html
- *MINISTERIO DE EDUCACIÓN CULTURA Y DEPORTE. (2013). EL ABANDONO EDUCATIVO TEMPRANO: ANÁLISIS DEL CASO ESPAÑOL. Available*
at:https://www.mecd.gob.es/dctm/inee/documentos-de-trabajo/abandono-educativo-temprano-2.pdf?documentId=0901e72b818e38f4
- *REVISTA DE EDUCACIÓN SOCIAL (2016). n°23. la Inserción Laboral de los jóvenes: A propósito de los PCPI. Available at:*
http://www.eduso.net/res/23/articulo/la-insercion-laboral-de-los-jovenes-a-proposito-de-los-pcpi
- *Saiz Vargas, L. F. (2015): El papel del trabajador social en una sociedad precarizada. Cuadernos de Trabajo Social, 28(2):187-197.*
- *20 minutos.es (2014). Advierten del aumento en España del "hikikomori, el síndrome japonés del aislamiento social. [online] Available at:*

[http://ile:///J:/comunicado NI NI NI/hikikomori/Advierten del aumento en España del 'hikikomori', el síndrome japonés de aislamiento social – M^aAlba Gimeno.htm](http://ile:///J:/comunicado%20NI%20NI%20NI/hikikomori/Advierten%20del%20aumento%20en%20Espa%C3%B1a%20del%20'hikikomori',%20el%20s%C3%ADndrome%20japon%C3%A9s%20de%20aislamiento%20social%20-%20M%C3%A1lba%20Gimeno.htm)

PROTOCOLO: EMERGENCIAS SOCIALES EN PERSONAS MAYORES O ADULTOS CON ENFERMEDAD MENTAL

Dña. M^a José Palao Gil
Dña. Rosa Ortega Navarro
Dña. Nuria Martínez Vallejo.
*Trabajadoras Sociales UTS. Centro Municipal de Servicios
Sociales de Yecla (Murcia)*

- **Resumen y palabras claves.**

La configuración social actual presenta una serie de características deshumanizantes: Mayor debilidad de la red de apoyo familiar, debilitación o inexistencia de la relación vecinal, elevado envejecimiento poblacional con el consiguiente aumento de la población dependiente, el mayor consumo de todo tipo de productos, la inseguridad económica, la vulnerabilidad energética, etc. En este contexto, ante situaciones de emergencia social, pasamos de lo que conocíamos como “la red social informal” a una respuesta organizada, una respuesta institucionalizada.

La legislación recoge como responsabilidad pública, el hacer frente al reto de la cobertura de estas situaciones, siendo necesario plantearse de qué manera afrontar el tratamiento de las mismas y plantear soluciones a uno de los problemas que aumenta y aumentará de forma considerable en los próximos años.

Términos como: **urgencia social, emergencia social, desprotección social**, y, sobre todo, **trabajo en red**, entendido como la coordinación y colaboración entre los distintos profesionales de cara a la optimización máxima de los recursos, son imprescindibles de entender e integrar en nuestro hacer profesional.

Desde aquí partimos en la elaboración de este “proyecto” de **protocolo de actuación en emergencias sociales con personas mayores o adultos con enfermedad mental**, intentando incorporar las aportaciones de otros profesionales, un intercambio con compañeras o compañeros que tengan elaboradas herramientas en este campo, de cara a configurar una guía de actuación coordinada, institucionalizada y validada.

Desde el lugar que nos compete, reivindicamos la necesidad de dar visibilidad al trabajo de los servicios sociales municipales, clarificar su ámbito de actuación,

la corresponsabilidad del equipo a la hora de que uno de los técnicos deba atender estas situaciones desatendiendo otras funciones, colapsando muchas veces el servicio y mostrar la ausencia de algo tan necesario como un **programa especializado** para hacer frente a las mismas.

MARCO TEÓRICO

Para la realización del marco teórico se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica basada, primeramente, en los términos emergencia y urgencia social. Tras ello también se ha tenido en cuenta el término de “trabajo en red” puesto que se considera imprescindible para poder actuar ante este tipo de situaciones.

- **Concepto emergencia/urgencia social**

Antes de adentrarnos en conocer lo que significa el término de Emergencia Social en el ámbito de Servicios Sociales, haremos un breve hincapié en la diferencia que existe entre el concepto de emergencia y urgencia social.

Tal y como explica López (2014) en su artículo, no hay una clara diferenciación entre los términos de emergencia y urgencia social dentro del mundo de las ciencias sociales. Sin embargo, no todas las situaciones necesitan de una respuesta inmediata o son provocadas por una determinada situación. Es por ello por lo que se precisa saber diferenciar ambos términos. En otras ciencias, como la médica, la diferenciación está clara, López (2014) cita el siguiente párrafo acerca de ello: “según la OMS, **urgencia** es aquella situación de pérdida de salud que el paciente considera como tal. (...) La **emergencia** podremos considerarla como aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración de un tratamiento efectivo” (Arcos González y Castro Delgado, 2009, p 15).

En el mundo de las Ciencias Sociales han sido muchos los autores que han intentado diferenciar ambos términos. Pérez Madera (2011) realiza una clara diferenciación. Para él, la emergencia social es aquella situación que se caracteriza por generar “situaciones objetivas de desprotección social, es decir, situaciones donde la persona se encuentra de forma repentina sin medios personales, familiares y sociales de apoyo para dar respuesta a sus necesidades más básicas”. Pérez en su artículo cita a Arricivita (2009) para completar su definición y termina así: “hechos súbitos e inesperados, de consecuencias negativas (...) indeseables y que distorsionan la rutina cotidiana” En cuanto a la urgencia social, Pérez (2011) la define como “una situación subjetiva del estado de necesidad vivida por el

propio afectado y a su vez, valorada como tal por el profesional de la intervención, es decir, son situaciones de riesgo social donde el individuo no se encuentra objetivamente en situación de desprotección social repentina. Son situaciones resultado de procesos continuados donde se manifiestan diferentes situaciones de necesidad social. La Urgencia Social se encuentra en las agendas de la atención diaria de cualquier profesional de la Atención Primaria y la virtud de dicha Red, es la capacidad de valorar dichas situaciones y priorizar la intervención sobre las mismas, en relación a otras demandas sociales, para evitar el desarrollo de procesos instaurados de precarización y/o exclusión”.

Una vez ha quedado clara la diferenciación existente entre ambos términos pasaremos a explicar de forma más extensa el concepto “Emergencia Social”.

El Ayuntamiento de Madrid define la Emergencia Social como “aquella situación favorecedora de estados de vulnerabilidad y de desprotección en las personas que la sufren, por lo que se hace necesaria una respuesta inmediata para paliar, en la medida de lo posible, los efectos de una situación sobrevenida, proporcionando respuestas sociales que favorezcan el restablecimiento de la normalidad que ha sido dañada o perdida a partir de la emergencia”.

Además de esta definición, Pérez Madera (2011) señala una serie de características que nos acercan más al término:

- ✓ Como tal emergencia constituye una situación social imprevista que genera desprotección. Se trata de una situación no programada, que se produce de forma repentina y es generadora de necesidades sociales. Por ejemplo: anciano abandonado, malos tratos a una mujer, persona dependiente que queda solo sin el cuidador principal...
- ✓ Supone una situación que favorece procesos de vulnerabilidad social y de riesgo social. En muchos casos, la situación de Emergencia Social es la manifestación tangible y visible de estados ocultos de precariedad y marginación. Igualmente, en otras situaciones, la Emergencia Social constituye un factor que favorece el inicio de procesos de riesgo social, incrementando las situaciones de vulnerabilidad que ya viven los ciudadanos. Esto se observa, por ejemplo, en el caso de una situación de desahucio por impago de la deuda de alquiler u otras situaciones similares.
- ✓ La respuesta se debe proporcionar de forma inmediata, articulando aquellas prestaciones sociales que respondan a las necesidades sociales que se manifiestan como consecuencia de la situación de Emergencia. El objetivo es

evitar el desarrollo de estados de desprotección social que favorezcan la instauración de procesos estables de marginación. Hay que evitar que las situaciones de vulnerabilidad se conviertan en estados de exclusión.

✓ La respuesta, por sus características de inmediatez y por los recursos que se han de movilizar, se debe proporcionar, si es posible, desde Programas y/o Servicios Especializados en este tipo de situaciones.

- **Concepto de Trabajo en Red**

Ubieto (2007) define el Trabajo en Red como “un trabajo de colaboración que dos o más profesionales establecen partiendo de la atención de un caso común”.

Lluís BALLESTER y otros (2003), hablan del trabajo en red “(...) como el trabajo sistemático de colaboración y complementación entre los recursos locales de un ámbito territorial. Es más que la coordinación (intercambio de información), es una articulación comunitaria: colaborar de forma estable y sistemática, por evitar duplicidades, competencia entre recursos, descoordinación y potenciar el trabajo en conjunto”.

La razón de ser de este “proyecto” de protocolo de actuación que estamos elaborando, construyendo, desde el Centro Municipal de Servicios Sociales de Yecla, nace dentro del Programa de Trabajo Social de zona. Recibimos en la UTS (Unidad de Trabajo Social) la demanda de atención de la emergencia social de forma unilateral. Sin embargo, son realidades con una complejidad que nos desborda en cuanto a su intensidad y en cuanto a la disponibilidad de respuestas o recursos de nuestra competencia desde la UTS no se puede proveer, atender todas las necesidades que la situación plantea, son necesarias diversas disciplinas, sanitaria, jurídica, social..., y por tanto, es preciso desarrollar la cultura y los cauces para ejercer la corresponsabilidad interinstitucional. Desde nuestra visión entendemos que podemos y debemos evitar ponernos trabas entre los diferentes sistemas de protección, y llegar a asumir que las diferentes entidades somos corresponsables en la atención de la emergencia social con adultos, y que solo trabajando de manera conjunta podremos ofrecer soluciones válidas a los desafíos que suponen las emergencias sociales.

Consideramos que necesitamos una herramienta que facilite y coordine la forma de enfrentarnos a estas situaciones tan complejas, y como tal, entendemos el protocolo: Como una herramienta cuyo objeto sea:

- Establecer unas pautas comunes de actuación desde el Centro de servicios

sociales para la atención de casos de emergencia social

-Desarrollar con los diferentes sistemas de protección un modo coordinado de actuación con el fin de facilitar y mejorar la gestión de estas situaciones.

-Determinar la colaboración con otros profesionales susceptibles de intervenir en este tipo de situaciones de las cuales generalmente surge una necesidad psico-social.

La propuesta de esta comunicación en las II jornadas de Trabajo Social de la Región de Murcia, nos permite poner en común esta idea, para incorporar las aportaciones de otros profesionales, un intercambio con compañeras o compañeros que puedan tener elaboradas herramientas para manejar la emergencia social con adultos, ya que pensamos que la lluvia empieza con una gota de agua.

MARCO LEGAL

La Constitución Española de 1978 establece en su artículo 9.2: *“Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en los que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”*.

En las legislaciones autonómicas de servicios sociales, encontramos referencias a las situaciones de emergencia y urgencia social. Sin embargo, cada comunidad autónoma es competente para crear sus propias leyes, lo que genera una desigualdad entre las mismas.

La Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia en sus artículos 10, 16 Y 17, establece las actuaciones de los Servicios Sociales Especializados en el sector de las personas en situación de emergencia social, haciendo alusión a que desarrollarán actuaciones y proporcionarán equipamientos para cada uno de los sectores de población, entre los que hace referencia a *“(…) personas en situación de emergencia, riesgo o exclusión social”*.

La Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil, introduce una novedad como es la creación de un “Fondo de Prevención” de Emergencias, que, entre otras actuaciones, podrá financiar acciones preventivas. Hay que entender que la cultura preventiva sobre situaciones de este tipo es fundamental a la hora de poder dar una respuesta lo más completa y adecuada

posible. Estaríamos hablando entre otras cosas, de una formación teórico-práctica del personal de los diferentes servicios implicados en la actuación ante situaciones de emergencia.

Por último, la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, en el Capítulo III, artículo 25 hace referencia a que entre las competencias municipales estará *“Evaluación e información de situaciones (...) y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social”*, y sigue aludiendo a la obligación de evaluar la necesidad de la implantación de servicios locales para poder llevar a cabo dichas competencias.

Como hemos comprobado, son los poderes públicos los competentes en esta materia, sin embargo, son pocas las Comunidades Autónomas y muchos menos los Municipios que cuentan con protocolos establecidos para hacer frente a las situaciones de emergencia social generadas, de una forma profesional y coordinada.

Los recursos respectivos se regulan con procedimientos de acceso, plazos y requisitos, que casualmente no se suelen ajustar a las emergencias sociales. No existen recursos de baja exigencia o estos dependen de la humanidad del tercer sector. Cada uno de los sistemas acotamos cuál ha de ser nuestro ámbito, y dejamos en tierra de nadie las realidades humanas que no se ajustan al perfil preestablecido, desfogando nuestra impotencia profesional cargando contra “el otro sistema de protección”.

Otra cuestión importante es la inmediatez de la necesidad, que en absoluto se corresponde con el proceso de trámite de dependencia y ni siquiera del de emergencia social. Por mucho que la ley de bases de régimen local confiera a la administración local la competencia en la *atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social*, es inviable que cada Ayuntamiento cuente con una previsión de recursos que abarque todo el abanico de las posibles emergencias sociales, y durante todo el tiempo que tarda la administración regional en resolver, por ejemplo, una plaza en residencia o un servicio de ayuda a domicilio, sin entrar en problemáticas más espinosas como la demencia o las adicciones.

El resultado de esta realidad, es que la calle está llena de personas en situación de la más absoluta exclusión, porque el sistema no ha sabido sostenerlos en el momento clave en que hubiera sido posible evitar esa situación. Si no existe una capacidad de respuesta inmediata y adecuada, si perdemos la energía culpándonos unos a otros, se seguirán generando bolsas de exclusión, y el

sufrimiento y la pérdida del potencial de muchas vidas humanas.

Cuando fallan las redes de apoyo familiar ¿A quién corresponde cuidar a una persona a su salida del hospital? ¿A quién a una demencia tóxica? ¿A quién un enfermo mental durante el incierto proceso de incapacitación y acceso a plazas residenciales?

Los/as trabajadores/as sociales no disponemos de soluciones mágicas ni somos omnipotentes ni podemos sacar recursos de la chistera. Nuestra labor no es suplicar la admisión o concesión de un recurso, vender o adornar una realidad para que “cuele”, o peregrinar por los escasos recursos en busca de soluciones.

Proyecto de Protocolo de Actuación en Emergencias Sociales con Personas Mayores o Adultos con Enfermedad Mental.

Como primeros pasos de la elaboración del pretendido protocolo, desde el programa de Trabajo Social de Yecla hemos comenzado a dotarnos de una guía, una especie de hoja de ruta o recordatorio que nos sirva de Norte y referencia en los pasos a dar en la atención de este tipo de realidades. Somos conscientes que el estrés y la soledad a que nos somete la atención de la emergencia social nos puede hacer errar a veces, olvidar algún aspecto importante, o perder la sistemática y en orden en la intervención.

¿Qué ocurre cuando la policía o los vecinos advierten de la existencia de una persona demenciada, en la calle, sin capacidad de autocuidado y con todos los vínculos familiares deshabilitados? ¿Con qué recursos de inmediatez contamos? ¿Dónde alojarlo y garantizar su integridad física más inmediata? ¿Cómo salvar su falta de colaboración voluntaria? ¿Cómo lidiamos con la falta de recursos a la salida de los cortísimos ingresos psiquiátricos, si es que los conseguimos? ¿Quién, de forma inmediata, va a atender a sus necesidades físicas de alimentación, administración de tratamientos, higiene personal, vigilancia y supervisión?

Y por otra parte ¿Cómo compatibilizamos la intensidad requerida por estas situaciones con la evacuación de nuestro trabajo ordinario? ¿Que nivel de estrés, de impotencias, de sobrecarga, y en definitiva de riesgo psicosocial supone para el/la profesional del trabajo social?

Esta es la relación preliminar de pasos que hemos consensuado, incluyendo la incorporación de otro de los profesionales del Centro en la actuación, de forma que se comparta el peso de la intervención:

GUÍA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS SOCIALES CON ADULTOS O PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

1. ATENCIÓN INMEDIATA DE LA URGENCIA:

➤ **112, 061 o Suap, atención médica inmediata, valoración de la urgencia y hospitalización ordinaria en su caso.**

➤ **Traslado en su caso al hospital psiquiátrico:**

- Por el propio sistema sanitario.
 - Con aceptación voluntaria de la persona, a propuesta de su psiquiatra.
 - Tras la atención hospitalaria de urgencia, por valoración y derivación sanitaria.
- Con implicación del Centro de Servicios Sociales.
 - Contactar con su psiquiatra del Centro de Salud Mental si es paciente.
 - Contar con la colaboración de familiares o identificar sitio y hora para localizarlo.
 - Aviso al 112 para valoración médica y concurso de las fuerzas de orden público.

➤ **Permanencia medio abierto:**

- Valorar comunicación a Fuerzas de Orden Público.

2. EXPLORAR FAMILIARES CON OBLIGACIÓN LEGAL (1º Y 2º grado)

➤ **Con posibilidad de prestar algún tipo de apoyo:**

- Informarles de su obligación legal y explorar el alcance de sus posibilidades:

- Acogimiento provisional o prolongado, o proporción de alojamiento.
- Aportación económica para medidas urgentes.
- Gestión y aportación documental.
- Otros: (alimentación, etc):

➤ **Sin posibilidad razonable de prestar apoyo (ejemplo: alejamiento y carencia de medios)**

➤ **Con posibilidad, pero que se niegan:**

- Recomendable recoger declaración jurada en modelo escrito.

3. EXPLORAR CAPACIDAD MENTAL Y DE COLABORACIÓN DEL USUARIO.

➤ **Valorar y recoger autorización para comisión de gestión de casos sociosanitarios.**

➤ **Con capacidad mental, (o sin ella pero que NO se opone y colabora con los trámites)**

- Valorar comunicación al juzgado y propuesta de incapacitación.
- Trámite de reconocimiento de situación de dependencia. Indicación clara de EMERGENCIA SOCIAL en la cabecera (gestión con IMAS para ver si lo van a resolver como emergencia y no esperar a valoración para resolver el recurso por dependencia).
- Ha de estar localizable y en la región para poder ser valorado.
- Firmar solicitud.
- Abonar tasas (en su caso, Ayuda Económica Municipal de oficio e inmediata)
- Aportar documentación (por familiares o gestionar Ayto,

C.Salud...). En enfermedades mentales derivadas de consumo: que el informe médico resalte la patología.

- Trámite paralelo de expediente regional de EMERGENCIA SOCIAL.

➤ **Presunto incapaz y sin consentimiento tácito.**

- Firma solicitud de forma excepcional guardador de hecho (profesional en su defecto)
- Comunicación al juzgado de esa representación, según instrucciones del IMAS.
- Comunicación de la situación al juzgado pidiendo medidas cautelares detalladas: centro concreto, organismos a los que comunicar, etc. (pedir ORDEN y no autorización).
- Si es necesario por la demora, pedir ejecución de la sentencia al juzgado.
- Propuesta paralela de incapacitación a Fiscalía.

4. ATENCIÓN INMEDIATA Y URGENTE.

➤ **Alojamiento.**

- Facilitado o pagado por familiares, por el mismo o por terceros.
- Albergue de Cáritas, prorrogable excepcionalmente.
- Residencia de ancianos local (mayores de 60 años salvo excepciones).
- Residencia AMPY a precio concertado si tiene discapacidad intelectual.
- AEM excepcional para atención transitoria en AMPY
- Jesús abandonado albergue, más día en Fundación RAIS

- Ayuda Económica Municipal excepcional u opciones (puede ser de oficio): alquiler, etc.
- Asociación “RETO” u otras.

➤ **Alimentación (en función de posibilidad o no de cocinar).**

- Vales de alimentos.
- Derivación a Cáritas y/o Cruz Roja.
- Comida excepcional para transeúntes en establecimientos concertados.
- Comidas a domicilio de oficio.
- Servicio de Ayuda a Domicilio de oficio que incluya elaboración de comidas.
- Centro de mayores (incluye discapacitados)

➤ **Atenciones básicas personales y domésticas.**

- SAD de oficio
- Voluntariado (Yecla corazón, Cruz Roja, etc.)

➤ **Atención médico-sanitaria y prevención de riesgos para su integridad.**

- Trabajadora Social Centro de Salud para visita médica y/o programa de enfermería a domicilio.
- Programa de cuidados paliativos.
- Petición de colaboración policial (prevención de suicidios).
- Comunicación al juzgado.
- Voluntariado (Yecla corazón, Cruz Roja, etc.)

➤ **Apoyo emocional y seguimiento.**

- Activar intervención intensiva en UTS más apoyo de otra profesional que se proponga.

➤ **Prevención de riesgos para terceros.**

- Petición de colaboración policial, UFAM, etc.
- Comunicación al juzgado de riesgos valorados.

➤ **Otros.**

REIVINDICACIONES

En definitiva, se trata de:

- ✓ Visibilizar la ausencia y por tanto la necesidad de que exista un documento que recoja a nivel regional y de la administración local, las pautas a seguir por los distintos profesionales y sistemas de protección susceptibles de intervenir en situaciones de emergencias social de las características mencionadas: quién debe ocuparse de ellas, quién debe realizar el seguimiento, de qué forma coordinarse, con qué recursos contamos de forma mediata e inmediata, etc.
- ✓ Reivindicar la revisión y flexibilización del acceso a los recursos por parte de los diferentes sistemas de protección.
- ✓ Prever la creación de recursos de baja exigencia, o secciones de baja exigencia dentro de los recursos convencionales.
- ✓ Visualizar la carencia de recursos, en términos de personas en espera de resolución, y de realidades no atendidas.
- ✓ Dar a las intervenciones en emergencias sociales un matiz coordinado, profesional, organizado y un respaldo legal e institucional que deje atrás la “buena voluntad” de los profesionales, para dar paso a un derecho al que también estos usuarios tengan acceso en tiempo y modo.

El sistema de coordinación en fase de construcción a nivel regional, bajo la denominación de “PROTOCOLO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN TRASTORNO MENTAL GRAVE Y DROGODEPENDENCIA” coincide con la

mayor parte de las situaciones a las que alude la presente comunicación, en cuanto a las entidades y sistemas implicados, y al espíritu de que el caso no es de unos u otros, sino que es “de todos”. Supone por tanto una oportunidad para que plantee entre sus objetivos la realidad de la emergencia social. La dinámica prevista en este protocolo es que los equipos base se reúnan una vez al mes, o cuando sea necesario (representación del sistema de servicios sociales, sanitario, y del tercer sector, con posibilidad de incluir al ámbito judicial u otros). Se trata únicamente de arbitrar un procedimiento de emergencia, quizá con una pequeña representación o selección de los integrantes de los equipos base, que tenga la suficiente flexibilidad y agilidad para responder con inmediatez y de forma conjunta a las situaciones descritas, pero con autoridad y reconocimiento institucional para comprometer a los respectivos sistemas en la aportación de soluciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayuntamiento de Madrid. Samur Social.
- Ballester, LL. y otros. (2004). Metodología para el trabajo socioeducativo en red. Trabajo presentado durante el IV Congreso estatal del educador/a social. Universidad de las Islas Baleares. España.
- López, D. (2014). La intervención del trabajador/a social en situaciones de emergencia y urgencia social. *TSDifusión* (102), 10-16.
- Pérez, D. (2011). El Samur Social como servicio social de atención a las emergencias sociales. Su papel en la catástrofe del atentado terrorista del 11M y en el grave accidente aéreo de Spanair. *Servicios Sociales y Política Social* (94), 9-31.
- Ubieto, J, R. (2011). Modelos de trabajo en red. *Educación Social*. (36), 26-39.

INMIGRANTES DE SEGUNDA GENERACIÓN. LAS POLÍTICAS DE INTEGRACIÓN A DEBATE.

Dña. Rosa Ortega Navarro

Trabajadora social de UTS del Centro de Servicios Sociales de Yecla

Dña. Antonia María Díaz Galipienso

Educadora social responsable del programa "Educar en la Calle" del Ayuntamiento de Yecla.

PALABRAS CLAVE: Jóvenes- inmigración- hibridación cultural- identidad social- vínculos humanos-

RESUMEN:

La realidad social suele evolucionar más rápido que la capacidad de las instituciones para dar respuesta a esos cambios.

Desde el ámbito del trabajo social con inmigrantes, de las políticas públicas de integración, o de los movimientos ciudadanos solidarios, nos hemos centrado durante los últimos años en trabajar la acogida, la interculturalidad, la integración de la primera generación de ese grupo humano que venía a mejorar su proyecto vital.

La energía consumida en pelear la financiación, organizar actividades y programas con recursos escasos, implicar a otros agentes sociales, etc., puede no habernos dejado espacio o perspectiva para ver más allá y adelantarnos a la transformación social que este fenómeno estaba implicando.

Nos encontramos con chicos nacidos o socializados entre nosotros, que comparten nuestros acentos y conocen nuestra idiosincrasia, pero que a menudo no han podido desarrollar un completo sentido de pertenencia a esta sociedad, ni pertenecen ya a la de sus padres.

En su historia de vida, se encuentran en un momento de afianzamiento de su identidad y de construcción de su papel en la sociedad. Deben afrontar sus diferencias con la cultura de la que provienen y con sus adultos de referencia, y al mismo tiempo ciertas actitudes de rechazo de la sociedad en la que se desenvuelven.

Los fenómenos radicales, creación de bandas, etc. actualmente tan comentados, y tan a la ligera, no son más que una consecuencia previsible y lógica de la exclusión social en jóvenes.

Desde ésta y otras profesiones, es urgente que tengamos capacidad de anticipación, y que nos cuestionemos las carencias o las posibilidades de mejora para estar a la altura de los retos de la evolución social.

1. INTRODUCCIÓN:

Rondan ya dos décadas desde el inicio del fenómeno de la inmigración económica en nuestro país. Tiempo suficiente para que los niños y niñas que llegaron con sus padres y aquellos otros que han nacido aquí, sean hoy parte de nuestros adolescentes y jóvenes adultos afrontando su futuro.

Si bien algunos estudios consultados en la materia apuntan a un notable nivel de integración, y escasa incidencia de conflictos en nuestro país²⁴, los fenómenos de radicalización religiosa, de bandas, de incidencia en la delincuencia o la prostitución, tratados tan a la ligera, son consecuencias preVISIBLES de situaciones de exclusión social, pero también de las crisis de identidad vinculadas a sentimientos de desarraigo en este caso en jóvenes de origen inmigrante; y en tanto que predecibles, debieran poderse anticipar, prevenir, o atenuar.

La celebración de las II Jornadas Regionales de Trabajo Social después de 22 años constituye una oportunidad para invitar a la reflexión a nuestro colectivo respecto a cuáles son nuestras posibles asignaturas pendientes en materia de inmigración. Desde nuestra responsabilidad profesional y social, nos compete el cometido de averiguar, investigar, adelantarnos, advertir y orientar a los responsables políticos, institucionales, y a los colectivos ciudadanos, respecto de las medidas necesarias para mitigar el fenómeno de exclusión social vinculado a las migraciones.

La presente comunicación no se realiza desde un especial conocimiento de la materia o investigaciones propias. Existen numerosas voces expertas, ampliamente cualificadas a quien corresponde ese lugar. Sólo se pretende, desde

²⁴Portes y Aparicio (2013) *“Investigación longitudinal sobre la segunda generación en España”*. Centro de Migraciones y Desarrollo de la Universidad de Princeton e Instituto de Estudios Migratorios de la Universidad de Comillas. Instituto Universitario Ortega y Gasset.

2 Villaverde, N. (2007) *“La extensión de la zona gris: antropología y reclutamiento terrorista”*
<http://unaantropologaenlaluna.blogspot.com.es>

la humildad de la observación del día a día que da la práctica social, hacer una llamada de atención para mantenernos alertas respecto a esta realidad.

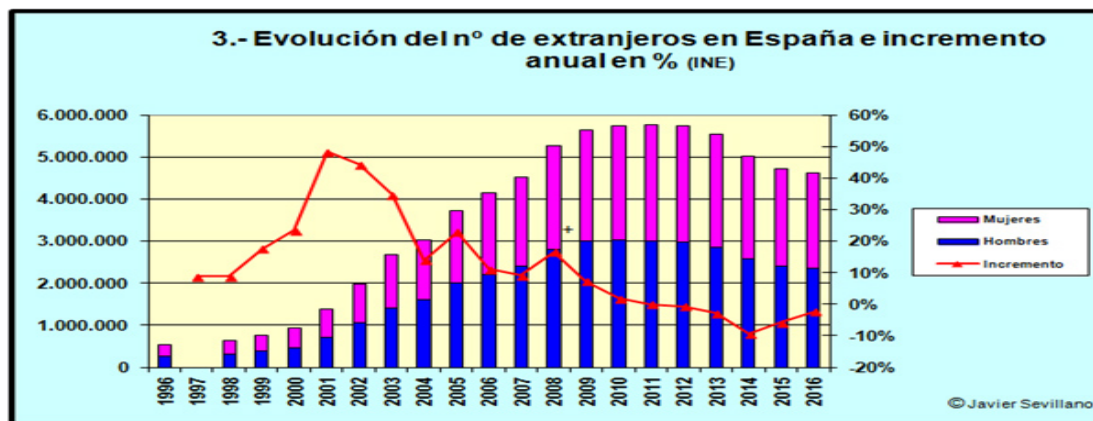
El término “segunda generación” suscita ya debate, ya que “denominar inmigrantes a personas nacidas en el propio país es no solo una incorrección, sino que resulta estigmatizante y diferenciador. Sin embargo se acuña desde ámbitos académicos para intentar entender cómo se integran las personas con padres de origen extranjero, cómo superan los obstáculos que han tenido sus padres, y cuál es su visión del mundo, y sus proyectos o perspectivas de futuro, qué los inspira y guía sus decisiones.

Abordaremos alguno de los posibles factores de riesgo, y algunas de las consecuencias de las situaciones de exclusión social a las que este colectivo puede ser más vulnerable.

2. LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA. EL NACIMIENTO DE UN NUEVO GRUPO SOCIAL.

En los cinco años posteriores al año 2000, la población extranjera en España se multiplicó por cuatro, asentándose en el país casi tres millones de nuevos habitantes. Según el censo de 2014, el 10,7% de los residentes en España era de nacionalidad extranjera...”²⁵

GRÁFICO 1: Evolución del n.º de extranjeros en España e incremento anual en % (INE)



Fuente: INE Cifras de Población 1-1-2017 y Estadística Migraciones 2016 (provisionales)

²⁵INE *Instinto Nacional de Estadística*

Cerca de dos décadas después del surgimiento de este fenómeno, los menores que entraron con sus padres, y los que nacieron en España afrontan su adolescencia y su juventud, y modifican nuestro paisaje humano. Nacionalizados o no, son más españoles y españolas que de cualquier otro lugar. Sus raíces, sus tradiciones y su idioma de origen, los miles de detalles que construyen una identidad se diluyen en la memoria de sus mayores.

Nos enfrentamos al desafío de la “**hibridación cultural**” protagonizado por las llamadas “segundas generaciones” de los inmigrantes de principios de nuestro siglo. Existe un importante porcentaje de familias ya asentadas o que incluso han adquirido la nacionalidad, pero que mantienen diferencias significativas en su sistema de valores, sus referencias culturales, su forma de vida, etc. Estas diferencias van a condicionar su acceso al trabajo, a la cultura, al propio progreso y expectativas vitales, y a la interacción con la población autóctona. Podríamos hablar de un fenómeno de “**etnogénesis**”, o nacimiento de un grupo social nuevo, dado que cuenta con particularidades y necesidades diferenciadas, y generadoras de nuevos retos para el equilibrio y la justicia social.

En las peores de las situaciones, las dificultades experimentadas por sociedades con mayor trayectoria histórica al respecto, se concretan en menores oportunidades y población empobrecida, desarraigo cultural en grupos jóvenes, guetos, fenómenos de bandas, delincuencia, etc.

La estimación del grupo poblacional es difícil e imprecisa, ya que los censos recogen la nacionalidad actual. Hacerlo respecto al origen o procedencia sería estigmatizante. Sin embargo, es necesario intentar aproximarnos a esta realidad para contextualizar esta comunicación. Los datos del INE hacen referencia a un volumen de población Española no nacida en este país. Podemos aventurar que la mayoría de ellos son personas de origen extranjero, que han accedido a la nacionalidad.

Al respecto, los datos del INE reflejan la siguiente realidad, respecto al ejercicio 2016²⁶: 1.970.720 personas no eran nacidos en España, lo que sumado a los 4.417.517 extranjeros, nos daría una población de 6.388.237 personas (13,76%) vinculada al hecho migratorio.

²⁶ *INE Cifras de Población 1-1-2017 y Estadística Migraciones 2016 (provisionales) (3/16)*

TABLA 1. Población española, extranjera, y española no nacida en España

	2016	2017(*)
Población total	46.440.099	46.528.966
Españoles/as	42.022.582	42.104.557
Extranjeros/as	4.417.517	4.424.409
Tasa de población extranjera	9,51%	9,51%
Españoles/as no nacidos en España	1.970.720	2.092.510
Total población vinculada a la inmigración	6.388.237	6.516.919
Tasa de población vinculada a la inmigración	13,76%	14,01%

Fuente: INE Cifras de Población 1-1-2017 y Estadística Migraciones 2016 (provisionales)
(3/16)

Por otra parte, la Estadística de adquisiciones de nacionalidad española de residentes respecto a los años 2015 y 2016 (provisional): reflejan que alrededor de un 0,3% de la población ha accedido a la nacionalidad Española durante el año de referencia, lo que podría coincidir con la hipótesis anterior, acumulando un 4% adicional a los extranjeros censados, y llevando la proporción de ciudadanos de origen inmigrante en torno a un 14%.

TABLA 2: Adquisiciones de nacionalidad española.

Adquisiciones de nacionalidad española		
	Año 2015 definitivo	Semestre 1/2016 provisional
Total	114.351	92.783
Nacidos en España	19.799	15.526
Nacidos en el extranjero	94.552	77.257

Fuente: INE Cifras de Población 1-1-2017 y Estadística Migraciones 2016 (provisionales) Basado en el tratamiento estadístico de las inscripciones de exptes. De nacionalidad en el Registro Civil.

3. INMIGRANTES ASENTADOS. FACTORES DE RIESGO Y EXCLUSIÓN SOCIAL:

“La inmigración se está convirtiendo en una de las principales cuestiones sociales en España debido al intenso crecimiento de la población extranjera y a los problemas de integración. El aumento del paro entre los inmigrantes (casi cuatro puntos por encima de la población de origen), las condiciones de precariedad en que realizan muchos trabajos, la persistencia de una amplia franja de extranjeros sin permisos legales (más de un tercio), y los déficits de acogida están dando lugar a un serio problema de integración social. De ahí que muchos inmigrantes se vean abocados a procesos de precarización y exclusión social, en un contexto general en el que tienden a agudizarse los antagonismos culturales y los componentes dualizadores de la sociedad española”.²⁷ Veamos algunos de los factores de exclusión social en la población de origen inmigrante.

3.1. ACCESO A LA EDUCACIÓN:

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación prevé el establecimiento de “...planes...para apoyar especialmente a los centros que escolaricen alumnado en situación de desventaja social...” entre otras razones

²⁷Tezanos(2006 marzo). *Temas para el debate*Nº. 136. (Ejemplar dedicado a la inmigración)23-26

“...por haberse incorporado tarde al sistema educativo...”(Artículo 71), así como que “Las políticas de educación compensatoria reforzarán la acción del sistema educativo de forma que se eviten desigualdades derivadas de factores sociales, económicos, culturales, geográficos, étnicos o de otra índole”. (Art. 80)

A nivel regional, el Decreto n.º 359/2009, de 30 de octubre, por el que se establece y regula la respuesta educativa a la diversidad del alumnado en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia es aún más concreto, recogiendo entre otros que *“se promoverá la educación intercultural, el encuentro entre las culturas y sus manifestaciones, el respeto a las mismas y el enriquecimiento de conocimientos y vivencias que aporta la pluralidad cultural, así como los programas para la enseñanza de la lengua y cultura de origen” (art.14)*

Dejamos a la reflexión si estas medidas se han aplicado poco o mucho, o qué situación tendríamos si no se hubieran previsto legislativamente. Respecto a la realidad existente en materia de educación, destacamos las fuentes y datos siguientes:

Un artículo de 2010, por Esther Pérez-Amat, en la web de rtve²⁸, recoge: *“En una década la presencia de extranjeros en las aulas se ha multiplicado por ocho en los diferentes niveles educativos. En varias comunidades autónomas, la proporción de inmigrantes ya ha superado el 15% del número total de alumnos. Al finalizar el curso 2007/08 en España había escolarizados 7.942.841 alumnos, de ellos 695.190 (9,4%) eran extranjeros”*

“De acuerdo con los datos de PISA 2006, el rendimiento medio de los inmigrantes que residen en España es particularmente bajo. Además son minorías los inmigrantes que se incorporan al Bachillerato o la Formación Profesional.”

“Según el Informe sobre la "Situación Social de los Inmigrantes y Refugiados 2009", hasta un 44% de los niños extranjeros fracasa en la escuela, es decir abandona antes de graduarse en ESO; mientras la media nacional se sitúa en el 31%. Ambas muy alejadas del objetivo de la UE del 10%.”

Sin embargo uno de los últimos estudios en la materia, con más solidez metodológica: “Investigación longitudinal sobre la segunda generación en

²⁸Pérez-Amat (2010) Fracaso escolar <http://www.rtve.es/noticias/20100401/datos-inmigracion-aulas/317198.shtml>

España”²⁹, con cerca de 7000 hijos de inmigrantes encuestados en centros escolares de Madrid y Barcelona, arroja estos resultados:

- El 80% de los encuestados con 14 años, seguía escolarizado tras 4 años (2008-2012)
- Más de 1/3 intentaban completar la ESO en programas compensatorios (PCPI). (Desaparecidos a partir del curso 2014-2015)
- Un 40% habían accedido a bachillerado o formación profesional superior.
- Sólo un privilegiado 5% había logrado acceso a la universidad.
- Menos del 50% de los jóvenes nacidos de padres extranjeros se consideraban españoles.
- El 37% de los hijos de inmigrantes provenían de hogares con ingresos inferiores a 1.000€/mes, y el 66% inferiores a 1,500€, mientras el 75% de los autóctonos superaban esa cifra.
- Destaca el interés por mejorar su futuro y su formación: un 68% aspira a un título universitario.

En cuanto al gasto público total destinado a educación en España ascendió a 43.979 millones de euros en el 2015, situando el gasto medio por alumno en 5,878€/año en 2012, según datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

3.2. ACCESO AL TRABAJO

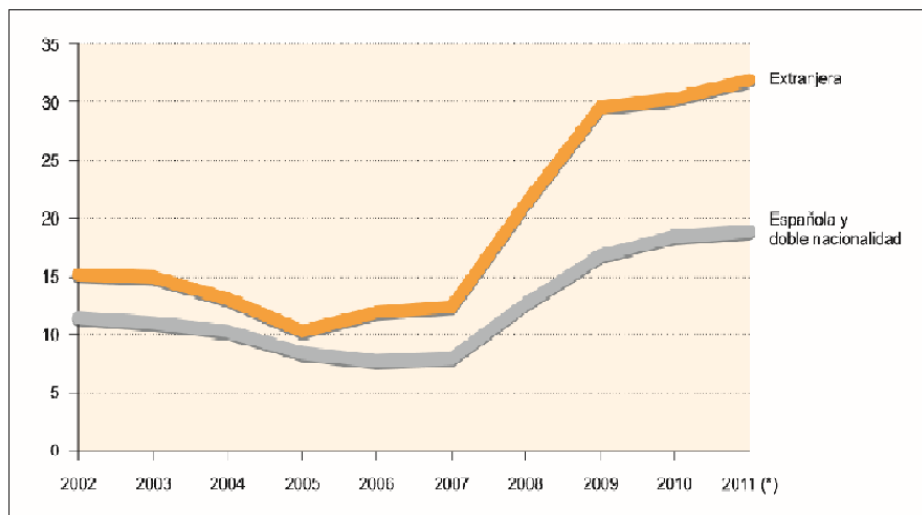
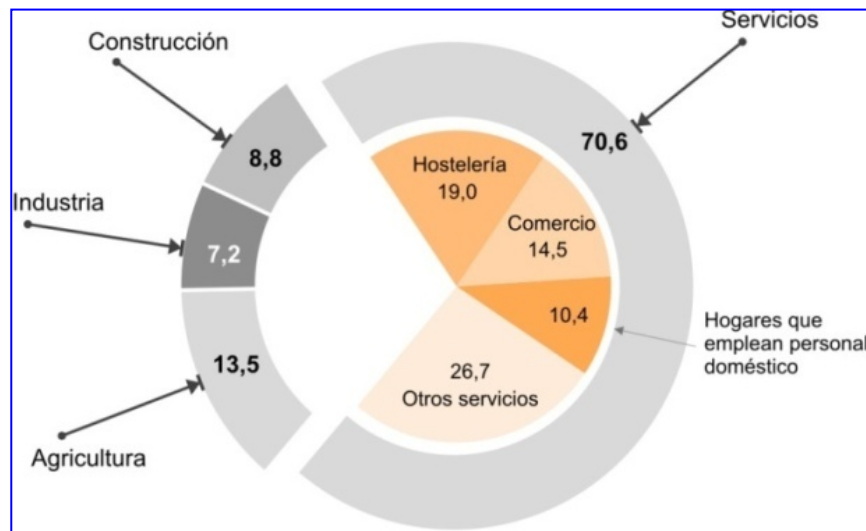
El informe “España 2011”³⁰ recoge que 3/4 de los afiliados extranjeros a la Seguridad Social trabajan en construcción, s. doméstico, agricultura, hostelería, comercio y, en menor grado, en industria.

²⁹Portes y Aparicio (2013) “Investigación longitudinal sobre la segunda generación en España”. Centro de Migraciones y Desarrollo de la Universidad de Princeton e Instituto de Estudios Migratorios de la Universidad de Comillas. Instituto Universitario Ortega y Gasset.

³⁰Martín J.M., Blanco A., Chueca A., Bombardieri G., Herreros T., y Manzanero T (2011) Informe España 2011. Una interpretación de su realidad social. Fundación Encuentro. 257-260

Gráfico2: Extranjeros afiliados en alta laboral por sectores de actividad en 5. 2011

Gráfico3: Evolución de la tasa de paro por nacionalidad 2002-2011



Fuente: Fundación Encuentro a partir de datos del Ministerio de Trabajo e Inmigración, y a partir de EL INE, encuesta de población activa

En cuanto a la incidencia diferencial del desempleo, se puede apreciar siguiente como se sitúa siempre por encima del de la población autóctona, y se dispara diferencialmente en tiempos de crisis.

3.3. INMIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR:

Esta realidad nos habla de la situación de miles de personas que **constituyen una verdadera “casta inferior” en nuestro entramado social**, por cuanto se encuentran privados de derechos y de reconocimiento: no pueden acceder al empleo regular, a servicios tan comunes como una cuenta bancaria, la educación superior les es inviable, ni mucho menos participar en la vida política o en la gestión de su entorno. Viven expuestos a abusos, abocados a actividades irregulares si no marginales.

Nuestros jóvenes de segunda generación no escapan completamente a esta realidad. En ocasiones, después de una infancia en la que el sistema les ha acogido en el sistema escolar independientemente de su situación legal, al alcanzar la edad adulta se ven expulsados del sistema: del ámbito educativo al no poder acceder a becas, del laboral ya que no pueden siquiera inscribirse como demandantes de empleo, etc. Todo ello en la sociedad en la que han crecido, han hecho amigos y se han desarrollado, sociedad que irremediamente es la suya.

La invisibilidad de este colectivo se refleja también en la dificultad de encontrar datos fiables al respecto. Según el Informe del Observatorio Valenciano de la Inmigración correspondiente al ejercicio 2011, titulado “Inmigrantes y Extranjeros regulares e irregulares en España” la población irregular no comunitaria que residía en nuestro país en el año 2010 ascendería a 395.680 personas³¹.

3.4. INCIDENCIA DE LA PROSTITUCIÓN:

Es preciso hacer mención a esta realidad para no obviar uno de los aspectos más dramáticos de la inmigración, aunque por sus características, la cuestión merece ser tratada de forma diferencial.

En el año 2000 la Guardia Civil realizó un total de 1.573 actuaciones en éste ámbito. El número de prostitutas contabilizadas ascendió a 14.089. Un dato resultaba

³¹Ortega (2012) *Inmigrantes y extranjeros regulares e irregulares en España. Barataria: revista castellano-manche de ciencias sociales*, ISSN 1575-0825, N.º. 13. 109-125

muy significativo: 12.804 de ellas, es decir, el 90% del total contabilizado, eran extranjeras.³²

Si bien parece que la gran mayoría de las mismas llegó al país a través de redes organizadas, también es una realidad, en el contexto que nos ocupa que la demanda del comercio del sexo atrae a un segmento joven sin alternativas profesionales o económicas, alejadas de la protección y la censura de su familia de origen, o desarraigadas de sus valores morales de origen.

3.5. POBLACIÓN PENITENCIARIA:

Tabla3: Tasas de población reclusa en España.

		%	Nº	población total	tasa de poblº reclusa
Poblº reclusa	extranjeros	34,69%	20671	4.417.517	0,47%
	nacionales	65,31%	38918	42.022.582	0,09%
Totales		100%	59.589	46.440.099	0.56%

Fuente: Elaboración a partir de datos del INE. Secretaría Gral. de instituciones penitenciarias.

Según datos del INE referidos a 2016, la población penitenciaria en España asciende a 59.789 personas, de las que 38,918 son nacionales y 20.671 extranjeros (34,69%)

Si los extrapolamos a la tasa de reclusos entre población inmigrante, 9 de cada 10.000 personas de la población tiene el riesgo de ingresar en prisión, mientras 47 de cada 10.000 extranjeros se encuentran en esa misma situación. Es por tanto inequívoco el hecho del mayor riesgo diferencial por el hecho de ser inmigrante. El Consejo de Europa emitió un informe sobre la situación penitenciaria (2012 y 2013). España destacaba, con 147 presos por cada 100.000 personas en aquel momento, y con un coste para cada uno de 1.950 euros al mes y **23.725 euros al año..**³³

³²Gómez (2011) *El 90% de las prostitutas que trabajan en España son inmigrantes. EL PAIS digital.* https://elpais.com/diario/2001/03/04/sociedad/983660405_850215.html

³³Agrupación de los Cuerpos de la Administración de Instituciones Penitenciarias(2014)<https://www.acaip.es/es/noticias/medios-de-comunicacion>

4. EL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN SIENDO HIJO DE INMIGRANTE:

Para el contexto de la presente comunicación, debemos reflexionar respecto al proceso diferencial de socialización que viven los hijos de padres inmigrantes, cuáles son sus pilares como futuros adultos y qué fortalezas y qué riesgos puede suponer su situación.

Desde la primera infancia, los niños van absorbiendo la cultura y los valores de origen a través de los mitos, los cuentos, los refranes, la música, el imaginario popular colectivo de su grupo social. El paisaje de su hogar, su zona de seguridad, están conformados por el aspecto físico de sus adultos, el atuendo, los enseres domésticos.

Las primeras conductas se aprenden por imitación de las figuras parentales. Pero poco después acceden al medio escolar y social, y los cuentos son otros, y encuentran en los adultos otras formas de vestir y de relacionarse, el desempeño de roles distintos. ¿Cuáles son los modelos válidos, y en qué convierte eso a los modelos parentales?

Hemos visto cómo las posibilidades de mejora con respecto a la situación de los padres pueden suponer un aliciente del que muchos jóvenes autóctonos están privados.

Por otra parte, el legítimo deseo de aceptación y pertenencia suele hacer alejarse de los propios orígenes. Los conflictos adolescentes respecto a las familias se agudizan, en ocasiones con choques de valores irreconciliables. ¿Qué sentimientos de culpabilidad, y qué necesidades de redención puede generar este conflicto interno?

Después de haberse distanciado y diferenciado de los suyos, tras adquirir un idioma, incorporarse al ideario colectivo local, disfrutar de las bromas, los chistes y las fiestas en igualdad de condiciones, un joven “de segunda generación”, que no es de ninguna otra parte, puede encontrarse con obstáculos legales, con límites en la elección de pareja, actitudes de recelo o incluso de rechazo.

La intensidad del sentimiento de injusticia explica fácilmente la rebeldía. El rechazo explica la vinculación más fuerte a grupos rígidos en los que se encuentra identidad, protección y fuerte sentido de pertenencia. Despreciado por la sociedad de acogida, es fácil el retorno a unos pretendidos orígenes cuyo sentido se tergiversa para encontrarle la gloria y la legitimidad que tanto se necesita. La elección entre ser temido o ser ciudadano de segunda categoría es demasiado fácil; y por desgracia una sola conducta reprobable en una sola ocasión, deja mucha más huella y es mucho

más mediática que cientos de las miles de conductas inclusivas que se repiten cada día.

Merece la pena citar a **Scott Atran, antropólogo experto en psicología del terrorismo**³⁴:

*"Como dije al Consejo de Seguridad de la ONU, lo que inspira a los asaltantes más letales del mundo hoy no es tanto el Corán ni las enseñanzas religiosas, sino más bien una causa emocionante y un llamado a la acción que **promete gloria y amigos**. Los voluntarios extranjeros para el Estado Islámico a menudo son jóvenes en etapas de transición en sus vidas: inmigrantes, estudiantes, personas con trabajos precarios, alejados de sus familias...". "Muchos de estos jóvenes **se sienten privados del derecho** tanto del país en el que viven como de su país de origen. "En Francia, del 7 al 8% de la población total es musulmana, el mayor porcentaje de la población total de cualquier estado de Europa; Al mismo tiempo, hasta el 70% de la población penitenciaria es musulmana." Pueden ser personas que han visto a sus padres humillados por los empleadores o el gobierno, o a sus hermanas insultadas por usar un pañuelo en la cabeza. Más del 80% de los que se unen al Estado Islámico lo hacen a través de **relaciones entre iguales**, en su mayoría con amigos y a veces con familiares. Muy pocos se unen por las mezquitas o a través del reclutamiento de extraños anónimos."*

5. PROPUESTAS HACIA UNA SOCIEDAD MÁS DIVERSA Y MÁS JUSTA:

Países con mayor trayectoria histórica en materia de inmigración han afrontado este fenómeno desde diferentes modelos y con diferentes resultados. En un artículo de la asociación Gea Photoword al respecto, leemos que: *"El modelo anglosajón ha defendido la multiculturalidad, esto es, el respeto y separación entre culturas para el florecimiento de todas ellas. Esto ha resultado en ocasiones contraproducente, ya que se han creado comunidades aisladas unas de las otras, fruto de incidir excesivamente en la diferenciación, con la consiguiente incompreensión y falta de convivencia.*

El modelo francés, en cambio, apostó siempre por la asimilación, la conversión de todos los inmigrantes en ciudadanos franceses, lo que generó algunos conflictos de identidad.

34

En España, que ha tomado buena nota de todos estos derroteros, no parece seguirse un modelo preestablecido.”, y continúa, citando a la socióloga Rosa Aparicio, especializada en temas de inmigración, y sobre todo en segunda generación de inmigrantes “No se trata de buscar un modelo, se trata de ver la realidad y adaptarla. A veces el buscar que el inmigrante mantenga su cultura, como si eso fuera algo estanco, no vivo que se va moldeando y cambiando, no se ajusta a la realidad. El inmigrante quiere ser como los demás. Los de segunda generación no quieren que se les distinga, te dirá que es español como cualquier otro. No quiere que se incida en la diferencia”, explica Rosa Aparicio.,³⁵

Por tanto, el modelo de prevención que parece que pueda tener alguna oportunidad de resultados, ha de ser integral y prolongado en el tiempo. Esto es, abarcar la protección del menor desde el seno de su familia, sus condiciones de crianza, de sustento, de educación y de acceso a los recursos, crear espacios que alienten la participación y el reconocimiento social de los padres, la construcción de una identidad en el grupo social de acogida, y su futuro desarrollo y oportunidades como adulto.

Esto es incompatible con el sistema de financiación que ha imperado (y prácticamente desaparecido), y el modelo de actuaciones, bienintencionadas pero parciales, locales, más o menos acertadas, sin evaluación ni validación metodológica, y acotadas en el tiempo.

Si gastamos en un alumno 5,878€ al año y **23.725€ en un preso, si un inmigrante tiene más posibilidades de ingresar en prisión, o de incidir en la prostitución, si tiene menos oportunidades formativas o laborales y suele encontrarse en una situación económica peor, si es más vulnerable al desempleo; y si esta población representa uno de cada 7 personas de nuestra sociedad, nos queda mucho por hacer.** Destacaríamos:

- Necesidad de planes de prevención de la exclusión social integrales, perdurables, y evaluables.
- Implementar realmente y de forma sostenida las medidas de educación compensatoria.
- Adaptar las estructuras educativas a la diversidad y a la atención de las diferencias.
- Conocimiento y difusión de las sociedades a las que acogemos, su potencial y su idiosincrasia.

³⁵ Carretero (2017) *Inmigrantes de segunda generación.* GEA PHOTOWORD
[Shttp://www.geaphotowords.com/blog/inmigrantes-de-segunda-generacion/](http://www.geaphotowords.com/blog/inmigrantes-de-segunda-generacion/)

-Acciones de cooperación y desarrollo de los países de origen: si una parte de nuestra población proviene de un lugar, nuestra sociedad también es parte de ese lugar.

6. VÍNCULOS HUMANOS COMO BASE DE LA INTEGRACIÓN.- EXPERIENCIAS LOCALES.

En el entorno social, habrá que integrar como iguales a personas de otros rasgos, dar espacios y legitimidad a otras celebraciones, otras creencias y otras formas de vestir, reconocerlas y conocerlas... Pero resulta que a menudo nos sentimos amenazados, extraños en nuestra tierra y temerosos del significado de manifestaciones que no entendemos...

El miedo y el rechazo son emociones tan legítimas o al menos tan naturales como cualquier otra. El miedo al cambio, la resistencia a salir de la zona de confort de lo que siempre ha sido y en qué entorno social me siendo cómodo, el recelo a lo desconocido, a las intenciones o a la manera de interpretar el mundo y mis actos por parte de alguien que se rige por parámetros distintos. Por otra parte están los sentimientos de exclusión, de agravio, de desprecio o desinterés, que pueden convertirse a su vez en rechazo y en aislamiento...

Se trata del instinto primario de protección. Percibiremos tanto más amenazador cuanto menos conozcamos al otro, y más aún si lo percibimos en grupo, en conjunto, y no individuo por individuo. No se trata de censurar las emociones, el miedo o el rechazo, se trata de transformarlas.

Nuestra hipótesis radica en que la aceptación humana se produce en el mismo terreno que la socialización de un niño y la formación de la personalidad: en el terreno del **vínculo** con el otro, en lo próximo, lo doméstico y lo cotidiano, dónde tenemos las barreras bajadas, y las actitudes y posicionamientos con los que nos vestimos se relajan, cuando estamos desnudos de rigideces, vulnerables y accesibles. Cuando nuestra humanidad se muestra por detrás de nuestra posición social.

Llama la atención los vínculos y las relaciones “de por vida” que se crean entre culturas diferentes en programas como el de “vacaciones en paz” de las Asociaciones de amigos del pueblo Saharaui. Las familias llegan a contactar una a una, ofrecen lo mejor de sí mismas, y encomiendan a la otra lo máspreciado que tienen. La aproximación no se realiza desde la mera convicción ideológica, sino desde la necesidad de descubrir al otro, desde el interés genuino, y desde el respeto a su identidad.

Por ello, junto a la reivindicación de la dotación de medios y la previsión de las instituciones, invitamos a experimentar, evaluar y validar iniciativas a nivel microsociales que impliquen esa mezcla de hecho, esa inmersión en el mundo del otro.

La experiencia en el Centro de Servicios Sociales de Yecla no ha podido perpetuarse a lo largo de los años, ni evaluarse con métodos fiables, pero merece la pena citar algunas de las iniciativas, unas experimentadas y otras que quedaron en el tintero, desde esa perspectiva de los vínculos interpersonales:

- “Intercambios culturales” entre menores, asimilables a los internacionales pero en el mismo territorio: Los chicos comparten casa y familia durante unos días entre nacionalidades distintas y de forma alternativa. Con ello arrastran a sus adultos desde su espontaneidad, y les fuerzan a esa interacción personal individual. Las familias se ven llevadas a conocerse y entrar en el terrero respectivo.
- “Familias anfitrionas” acompañamiento y vinculación en el país de destino, más allá de acciones globales en los que se es uno más. Se trata de exclusividad, del sentimiento de ser "elegido" por otro ser humano. Se trata de ser anfitriones en el país de acogida, apoyar con los menores, o en los momentos de apuro. Alguien a quien se va a corresponder en cuanto se pueda, que será su embajador, rompiendo las burbujas estancas de la identidad cultural.
- Grupos de apoyo para madres solas: el planteamiento es de un grupo de autoayuda y de apoyo profesional, destinado a clarificar las dudas y orientar a las madres a menudo muy jóvenes y con poca familia de apoyo. Las experiencias comunes, la posibilidad de autoayuda y el apoyo especializado pueden ser de gran ayuda en la difícil tarea de la crianza en solitario.
- “Educar en la calle” Es un proyecto destinado a adolescentes y jóvenes en riesgo, a menudo excluidos del sistema docente. Se contacta con ellos en su medio, en su casa o en la calle, y se les acompaña y apoya de forma individual en la búsqueda y aprovechamiento de recursos locales de formación, de empleo o de participación social.
- “Proyecto joven” Es un movimiento de voluntariado y participación social juvenil vinculado al proyecto anterior. La inclusión social de jóvenes en riesgo se ha canalizado en la participación activa en festejos, acciones solidarias de apoyo a asociaciones locales.

A modo de conclusión, deseamos destacar que no se trata de caer en tópicos. La configuración social actual no es igual a conflicto sino a oportunidad. La intención de esta comunicación es realizar una llamada de atención respecto a las necesidades y oportunidades de una parte importante de nuestra población, e invitar a la reflexión y a la aventura del redescubrimiento continuo, desde el valor universal de los vínculos humanos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Portes y Aparicio (2013) “Investigación longitudinal sobre la segunda generación en España”. Centro de Migraciones y Desarrollo de la Universidad de Princeton e Instituto de Estudios Migratorios de la Universidad de Comillas. Instituto Universitario Ortega y Gasset.
- Villaverde, N. (2007) “La extensión de la zona gris: antropología y reclutamiento terrorista” <http://unaantropologaenlaluna.blogspot.com.es>
- Autor (en prensa)- nombre del artículo, basado en "World Population Policies 2005", United Nations, Department of Economic and Social Affairs, March 2006. ISBN 978-92-1-151420-9. EL PAÍS
- INE Cifras de Población 1-1-2017 y Estadística Migraciones 2016 (provisionales) (3/16)
- Tezanos(2006 marzo). Temas para el debateNº. 136 (Ejemplar dedicado a la inmigración) 23-26
- Pérez-Amat (2010) “Fracaso escolar” <http://www.rtve.es/noticias/20100401/datos-inmigracion-aulas/317198.shtml>
- Martín J.M., Blanco A., Chueca A., Bombardieri G., Herreros T., y Manzanero T (2011) Informe España 2011. “Una interpretación de su realidad social” Fundación Encuentro. 257-26
- Ortega (2012) “Inmigrantes y extranjeros regulares e irregulares en España: una comparativa entre autonomías”. **Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales**, ISSN 1575-0825, **Nº. 13**. 109-125
- Gómez (2011) El 90% de las prostitutas que trabajan en España son inmigrantes. *EL PAIS digital*. https://elpais.com/diario/2001/03/04/sociedad/983660405_850215.html

- Agrupación de los Cuerpos de la Administración de Instituciones Penitenciarias (2014) <https://www.acaip.es/es/noticias/medios-de-comunicacion>
- **Carretero (2017) “Inmigrantes de segunda generación” GEA PHOTOWORD** [Shttp://www.geaphotowords.com/blog/inmigrantes-de-segunda-generacion/](http://www.geaphotowords.com/blog/inmigrantes-de-segunda-generacion/)
- Caballero (2014) Violencia y Delincuencia juvenil: “Análisis de las características individuales, grupos de iguales, y factores de socialización en menores infractores”
- Hadj, N. () La identidad Mutante. “La construcción de la identidad en los hijos de inmigrantes” Documentación Social 151. 35-48
- Feixa, C. (2005) “Generación uno punto cinco” 115-127

10. APÉNDICE

10.1. APORTACIONES AL DEBATE POLÍTICO

Sra. Dña. Dña. M.^a Ángeles García Navarro
Diputada del Grupo Parlamentario Podemos.

BALANCE LEGISLATURA POLÍTICA SOCIAL

Lo primero, CUATRO cuestiones previas para situar nuestro trabajo en la AR.

La **constitución española** establece en su artículo 50 que serán los poderes públicos los que promuevan el bienestar de la ciudadanía mediante un sistema de servicios sociales. En el Artículo 148, donde se establecen las competencias de las Comunidades Autónomas, incluye las competencias en materia de Asistencia social.

El hecho de que en un artículo se hable de “sistema de servicios sociales” y en otro de “asistencia social”, nos da la impresión de que los padres de la CE no sabían qué eran los Servicios Sociales y no pensaron en ellos como un pilar fundamental, a diferencia de la educación, la sanidad o la seguridad social. Tampoco se recogen los Servicios Sociales como una materia en la que el Estado tenga algún tipo de competencia exclusiva, por ello no hay una ley estatal de Servicios Sociales, a diferencia de la Educación, la Sanidad y la Seguridad Social que sí tienen una ley general que sirve para todo el país.

Desde la promulgación de la CE, los Servicios Sociales se han desarrollado muchísimo, por ello, deberían tener un tratamiento diferente en la Constitución Española, por tanto, una de nuestras primeras exigencias es la **MODIFICACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN PARA QUE INCLUYA EL DERECHO FUNDAMENTAL DE LA CIUDADANÍA A LA COBERTURA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES COMO CUARTO PILAR DEL ESTADO DE BIENESTAR.**

La segunda cuestión, y también otra exigencia, es la **modificación del artículo 135** de la Constitución. Desde la modificación de este artículo, por acuerdo del PSOE y el PP, la política presupuestaria de todos los poderes públicos, incluidos los locales, se ha adecuado a los principios rectores de la Ley de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, que prioriza el pago de la deuda antes que las necesidades sociales. Así que es necesaria su modificación para **QUE SE "SUPEDITE" TODA LA RIQUEZA DEL ESTADO AL SERVICIO DE LAS NECESIDADES Y A LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LA CIUDADANÍA.**

La tercera cuestión y exigencia, es la **DEROGACIÓN DE LA LEY MONTORO, LA LEY 27/2013** de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local (LRSAL) que supone la mayor reforma que ha sufrido la Ley 7/1985 Reguladora de las Bases del Régimen Local en sus años de vida, y que ha supuesto que los ayuntamientos no **PUEDAN PRESTAR LOS SERVICIOS ESENCIALES Y GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LA CIUDADANÍA, ENTRE ELLOS, EL DERECHO A LOS SERVICIOS SOCIALES.**

Y la otra gran reivindicación a lo largo de esta legislatura, ha sido la **DEROGACIÓN DEL RD 16/2012 de medidas urgentes para la sostenibilidad del sistema sanitario** que supuso la exclusión del sistema sanitario para muchas personas, así como los copagos sanitarios para pensionistas.

Estas reivindicaciones han estado presentes en todas las propuestas que hemos venido realizando en estos dos años. Así como otra fundamental, el desarrollo de una nueva ley regional de Servicios sociales. La ley actual es del año 2003, una ley que tras 14 años, se ha quedado obsoleta sin llegar a desarrollarse y a cumplir lo que en ella se establecía. Parece ser que verá la luz en esta legislatura.

Por concretar algunas acciones.

El hecho de que no haya una ley general de Servicios sociales de ámbito estatal, constituye una carencia como sistema jurídico público, y hace que existan 17 leyes, una en cada Comunidad Autónoma, no estando garantizados todos los servicios sociales en todas las comunidades autónomas.

En este sentido, hemos venido solicitando la puesta en marcha de un **PLAN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES** tal y como establece la ley, que identifique las necesidades de todos los recursos que hoy se están prestando y la innumerable cantidad de servicios que actualmente no se prestan, y todo lo más que ha llegado a hacer la consejera de familia, es establecer en 2016 unas líneas estratégicas.

Hemos **MODIFICADO LA LEY PARA INTENTAR FRENAR LA ENTRADA DE EMPRESAS OPORTUNISTAS** que ven los servicios sociales como un negocio de manera que tengan una preferencia las entidades SOCIALES que vienen prestando sus servicios en este sector.

Hemos llevado iniciativas para la mejora de la situación de las personas en exclusión, medidas concretas pero que todas podrían estar incluidas en el **PLAN DE INCLUSIÓN SOCIAL** que también hemos llevado a la AR. Somos la única comunidad autónoma que no tiene un Plan de Inclusión.

En el ámbito de la salud: recuperación de la tarjeta sanitaria para extranjeros excluidos del sistema sanitario, planes de salud mental a pie de calle, plan para eliminación de las desigualdades sociales en salud, mejora de la atención sanitaria a presos, DEMANDAS QUE RECOGEMOS DE LOS MOVIMIENTOS SOCIALES

En cuanto a recursos básicos, propuestas para acabar con la pobreza energética, no las medidas del Estado con el Bono Social que solo hace asfixiar a los ayuntamientos y garantizar el cobro a las empresas suministradoras, o el reciente Decreto del Gobierno DEL PP, de la mano de C's, que solo sirve para parchear, pagar bombonas de butano, y no garantiza el acceso a los suministros.

Medidas para los problemas de vivienda, SOLICITUD DE CAMBIO RADICAL DE LA LEY HIPOTECARIA frente a los desahucios, la modificación de la ley de vivienda, atención específica de salud para PERSONAS SIN HOGAR, CON MEDIDAS MÁS ALLÁ DE LOS CENTROS TEMPORALES, CON VERDADERAS POLÍTICAS DE VIVIENDA SOCIAL COMO ASÍ RECOMIENDA LA COMISIÓN DE LA UE DESDE que COMENZÓ LA CRISIS, (porque la emergencia habitacional que sufre este país es conocida internacionalmente) Sólo tienen que pasarse por los barrios vulnerables de la Región, así catalogados por el Ministerio de Fomento, y podrán ver la cantidad de familias con menores que están ocupando viviendas sin los servicios básicos cubiertos, en situaciones de pobreza mientras trabajan en lo que pueden. La pregunta más utilizada en los últimos años en esos barrios es: ¿sabes dónde hay una casa vacía?

En el ámbito educativo: aumento de las becas comedor, gratuidad libros de texto, acceso a nuevas tecnologías para reducir la brecha digital, modificación becas y tasas universitarias para garantizar la continuidad en los estudios, plan de mejora de la etnia gitana en educación, mejoras en la atención a la diversidad.

En materia de empleo: ayudas al empleo para jóvenes y personas autónomas, puesta en marcha del Plan de garantía juvenil, planes de empleo para mayores de 45 años, y específicos para mujeres. [Contamos con una tasa de desempleo femenino del 27%] Y con un desarrollo real de la economía social y de implantación real de cláusulas sociales en todas las empresas y contrataciones públicas.

Sin olvidarme de la petición que hemos hecho de un Plan de acomodación de refugiados, la denuncia de la crisis humanitaria en el Mediterráneo, o la petición del cierre del CIE, el impulso del pacto por el agua pública y democrática, con aplicación real del derecho humano al agua y la remunicipalización de un servicio público municipal del que no podemos permitir que se haya convertido en una mercancía para ganar dinero.

Así como en discapacidad, en relación a la accesibilidad, apostamos por la investigación e innovación en el diseño para todos, en el desarrollo de la lectura fácil en todas las leyes de la CARM. En relación a la dependencia, aplicación y desarrollo de la ley de 2006 y derogación del RD 20/2012. En cuanto a políticas de mujer para reducir la desigualdad y acabar con la violencia machista, reapertura del Instituto de la Mujer, puesta en marcha del Observatorio de Igualdad y cumplimiento de las leyes de Igualdad y los planes desarrollados a su amparo y sobre todo, con dotación presupuestaria.

Bloque II: El Sistema público de Servicios Sociales.

I. Hacia la sociedad del bienestar.

Realmente, el título de este punto, “hacia la sociedad del bienestar” es un eufemismo, en un tiempo de máxima necesidad y máximos recortes. En España, las diferencias entre regiones es muy grande respecto a: salarios, gasto en servicios sociales, aumento de trabajadores pobres, dependencia, residencias públicas, rentas básicas, erradicación del chabolismo, disminución del apoyo escolar, nula política de vivienda social.....

Ante esto, es necesaria la modificación de la Constitución para introducir los Servicios Sociales como un derecho fundamental que asegure la garantía de la cobertura del sistema público de Servicios Sociales" como cuarto pilar del Estado de Bienestar.

Es necesaria una Ley Marco de Servicios Sociales en el Estado, que recoja el derecho subjetivo a las prestaciones públicas del sistema y que garantice el acceso a los ciudadanos de todos los territorios en "igualdad de condiciones".

En nuestra comunidad, es imprescindible contar con un Plan Regional de Servicios sociales, que debería haber sido aprobado antes de 2005, según la ley de Servicios sociales, y establecer una planificación de los servicios sociales que garantice la distribución de los recursos, la coordinación de todas las actuaciones, y por supuesto, la financiación de los mismos.

II. Fortalecimiento de los servicios sociales de atención primaria.

Lo primero señalar que su estructura se establece en un Decreto de 1987, hace 30 años..... así que quizás sería de las primeras cosas que habría que revisar o cambiar directamente.

Para fortalecer los servicios sociales de atención primaria es necesario derogar la ley Montoro. A raíz de esta LEY MONTORO, que reformó la Ley 7/1985 Reguladora de

las Bases del Régimen Local, ha habido un **desmantelamiento de la red básica de los Servicios Sociales municipales**. Con esta reforma, se establecieron las competencias propias o por delegación de las entidades locales, quedando como propias para los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, solo la evaluación e información de situaciones de necesidad y la atención inmediata en situación de riesgo de exclusión, los de menos de 20.000, se quedan sin competencias.

En la actualidad, tras prórrogas establecidas por ley para seguir prestando servicios, nos encontramos que muchos ayuntamientos están asumiendo competencias impropias que le correspondería prestar a la Consejería, y lo hacen sin financiación, con la duda de continuar existiendo las mancomunidades de Río Mula, del Noroeste y de la Comarca oriental, integradas por municipios de menos de 20.000 habitantes.

Para cumplir los requisitos de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera, si el Ayuntamiento se encuentra en situación de equilibrio puede seguir prestando el servicio, pero si no está en equilibrio no podrá seguir prestándolo, de manera que **cada Ayuntamiento prestará los servicios que pueda pagar** y dejará de prestar los que no puede asumir. Esto supone una **desigualdad** en el acceso a los servicios que depende del lugar donde se vive.

A pesar del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales del Ministerio, un plan configurado para el impulso de la Red básica de atención primaria del Sistema Público de Servicios Sociales de manera que se garantizasen los derechos con independencia del territorio, pero la aportación del Estado se ha reducido un 72%, pasando de 96 millones en 2010 a 27 millones en 2015; y en la Región de Murcia, de 2,8 millones a 800.000 euros.

Esto ha supuesto una reducción de más del 20% en total de profesionales del ámbito de los Servicios Sociales de Atención Primaria y un incremento de los días de espera para la atención a las personas de hasta más de 20 días, y en barrios vulnerables como la paz de Murcia, a veces sobrepasan el mes y medio para una primera entrevista para solicitar una ayuda de emergencia.

RATIO. Nos encontramos con una ratio de cobertura media de más de 7.000 habitantes, un 40% supera la media, dando cobertura a una población de hasta 9000 habitantes, y un 17% atiende a más de 10.000 habitantes, cuando no se debería sobrepasar los 6000 habitantes.

Cifras exactas según estudio 2015. Óptimo 5500 habitantes por trabajador social de UTS. Media actual regional: 10.727 en municipios de más de 20.000 habitantes y una media regional global de 7.651 habitantes por trabajador social.

A lo que hay que sumarle la desaparición de recursos y servicios de atención primaria como los programas de Apoyo a Familias en situaciones especiales, los Programas de Integración Social para personas Inmigrantes, las Ayudas para Programas de Inclusión, los Servicios de Ayuda a Domicilio tanto básica como de fines de semana y días festivos.

Para Podemos, los ayuntamientos son los más propicios para facilitarles los servicios a los ciudadanos porque son los más cercanos y más inclinados a medir sus acciones en función de la rentabilidad social, no de la rentabilidad económica. Sin olvidar la privatización en ciernes de estos servicios que conlleva la discriminación de muchos ciudadanos si se disminuyen sus servicios en LAS UTS, incluyendo la desaparición del trabajo social comunitario en los barrios y la disminución de las organizaciones sociales vecinales por falta de promoción y apoyo institucional, etc.

Bloque III: Lucha contra la violencia de género y la violencia doméstica.

III. Lucha contra: violencia contra la mujer y violencia doméstica.

El Partido Popular, su contribución a las luchas contra la desigualdad y contra la violencia machista puede resumirse en

- Una política de austeridad contra la independencia de las mujeres
- Y un desmantelamiento de los servicios públicos de atención a las víctimas

En 2002 se creó el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia para implementar políticas para la igualdad y la lucha contra la violencia de género, pero en 2010 empiezan los recortes y se elimina. Es necesario recuperar este Instituto así como poner en marcha el Observatorio de Igualdad. Sin datos no se puede hacer una acción correcta.

En cuanto a los presupuestos, desde 2010 a 2016 se ha recortado en más de un 15% el presupuesto destinado a violencia de género, destinando solamente un 0,67% del presupuesto total. Y se recortó en más de un 76% el destinado a políticas de mujer, Este año, que ha aumentado un poco, el presupuesto total es de 3.700.000€ mientras que en 2009 era de 10.733.195€. ¡¡7 millones menos!!

El Gobierno de la Región de Murcia no ha asumido plenamente la igualdad y la lucha contra la violencia sobre las mujeres como un objetivo básico de sus políticas sociales.

Para Podemos Región de Murcia, es necesario:

- La recuperación de la gestión pública de los servicios de fomento de igualdad y atención psicológica, jurídica, social y de empleo a mujeres violentadas y menores expuestos a violencia de género.
- Incluir el principio de igualdad como principio jurídico, ético y político en toda la acción política y presupuestaria de la CARM, velar por el cumplimiento de las leyes que abordan la igualdad, evaluarlas para garantizar su eficacia y dotarlas presupuestariamente para hacer de la igualdad legal una igualdad real y efectiva.
- Aumentar la Red de CAVIS, creados en el 2006 por el Instituto de la Mujer en colaboración con los Ayuntamientos. Centros que han ido desapareciendo, existiendo en la actualidad solamente 15 y 5 puntos de atención especializada.

Acabar con los contratos parciales en estos centros, imprescindible dotar a las y los profesionales de estabilidad en el trabajo y garantizar la amplitud de recursos en momentos puntuales de superior demanda.

- Refuerzo y mejora del recurso de atención telefónica urgente 112, y sobre todo en horario nocturno.
- Restitución de la red de agencias de igualdad en los municipios para ocuparse de la sensibilización y prevención
- Cumplimiento del REAL DECRETO 1452/2005, que regula la ayuda económica para las víctimas y el REAL DECRETO 1917/2008, sobre el programa de inserción sociolaboral para mujeres víctimas de violencia de género
- Establecer un PLAN DE GARANTÍA HABITACIONAL INMEDIATA
- Avanzar en la reorganización social de los cuidados
- Garantizar una educación afectivo-sexual basada en una coeducación que fomente y reproduzca valores igualitarios.
- Introducir una asignatura en la ESO sobre equidad de género

Bloque IV: Promoción de la autonomía personal y coordinación socio-sanitaria

IV.Promoción de la autonomía personal. Coordinación socio-sanitaria.

El gran problema de la atención a la dependencia son casi los 4.000 millones de euros de recortes del gobierno del partido Popular.

Es necesario la **recuperación de los niveles de financiación** por dependiente anteriores a los recortes realizados tras los decretos de 2012 y de 2013, y la cotización a la Seguridad Social de los cuidadores familiares; el establecimiento de un calendario urgente para la atención en nuestra Región de las más de 5.500 personas dependientes con derecho reconocido que continúan aguardando sus ayudas y prestaciones y atender a los 1.765 que se encuentran en esta situación que aún no figuran en la lista de espera porque todavía no tienen reconocido el derecho a las ayudas.

Es necesaria la puesta en marcha de forma progresiva la **universalización**, con la financiación del coste real de los servicios, se dividirá en un 50% a cargo de la Administración General del Estado y en el 50% restante a cargo de las comunidades autónomas con la eliminación del copago. Una vez implantado el sistema en todos los grados y niveles, que se articule la financiación de la ley a través de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA).

Hay Derogar todas las normativas restrictivas de derechos de las personas dependientes, entre ellos el RD 20/2012 que hirió de muerte esta ley.

Proponemos integrar y superar las leyes actuales sobre dependencia a nivel estatal, con el fin de atender la enorme diversidad de situaciones vitales (niños, adultos con proyectos de vida independiente, mayores, diversidad funcional física, sensorial, intelectual, etcétera), siguiendo esta ley el modelo danés, y el establecimiento de una Normativa Regional y formación para las personas cuidadoras

Establecer un mapa regional sobre dependencia que recoja las prestaciones y servicios, los recursos, las necesidades, la presencia del tercer sector, con actuaciones de coordinación de trabajo en red.

Eliminación de las tasas para la solicitud inicial de reconocimiento de la dependencia y discapacidad.

Cumplir con lo establecido en la ley:

- Garantizar en los Programas Individuales de Atención con una asistencia personal suficiente
- Puesta en marcha de un PLAN regional DE PREVENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA como se establece en la propia ley y que hemos solicitado en la Asamblea Regional
- Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando lo órganos de coordinación.

Bloque V: Inclusión social, vivienda, empleo, infancia y familia.

V. Garantía del derecho a la inclusión social.

- PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA. Ley de procedimientos de emergencia ciudadana para reducir los tiempos de resolución con los trámites administrativos.
- La RBI establece un DOBLE DERECHO, complementando la prestación con “Medidas para la Inserción. REGENERAR Y POTENCIAR TODA LA RED SOCIAL Y ECONÓMICA QUE PUEDA ACOMPAÑAR LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN DE TODAS LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA.
- En el pacto firmado contra la pobreza en 2015 entre todos los partidos y la EAPN se señalaba que para garantizar un sistema de ingresos mínimos, que había que trabajar en la Elaboración de una nueva **Ley de Garantía de Ingresos** que haga posible un **PLAN REAL INTEGRAL DE LUCHA CONTRA LA POBREZA Y EXCLUSIÓN, donde la Renta Básica sea un instrumento más de en esa lucha.**
- La Región de Murcia es una de las pocas Comunidades Autónomas que carece de un **Plan de Inclusión**, aunque sí de documentos sectoriales, esto es, programas o planes en los que se tratan cuestiones relativas a la inclusión pero de forma parcial frente al enfoque integral.

Hemos solicitado en la Asamblea Regional el desarrollo por parte de la consejería de un plan que contemple el análisis de la trayectoria y evolución de la exclusión social en la Región de Murcia, que realice el diagnóstico de situación, defina las problemáticas existentes así como las consideraciones para la acción.

Un Plan que defina las líneas estratégicas, los objetivos generales, y en el que se encuentren al menos actuaciones para el fomento del acceso al empleo entre las personas en situación o en riesgo de exclusión, que garantice el acceso a todos los recursos sociales, a unos recursos económicos mínimos y el acceso a la vivienda para personas en situación o en riesgo de exclusión, que mejore el acceso y el desarrollo de la educación y que facilite el acceso a la salud, así como que contemple el apoyo a colectivos específicos especialmente vulnerables como por ejemplo con el desarrollo de programas para la atención al colectivo de etnia gitana o específicos para la mujer.

Los datos que nos encontramos en la Región de Murcia en el año 2016, es que casi el 35% de la población, uno de cada tres murcianos y murcianas, está en riesgo de pobreza y/o exclusión social, y la tasa de pobreza extrema, es decir, personas que deben sobrevivir con 342€ mensuales, se sitúa en un 8%.

VI. Por el derecho a la vivienda.

Reforma de la ley de vivienda:

1. ESTABLECE MECANISMOS DE MEDIACIÓN EN COMISIONES DE SOBREENDEUDAMIENTO
2. PRETENDE ACABAR CON LOS DESAHUCIOS SIN ALTERNATIVA HABITACIONAL
3. ESTABLECE “OBLIGACIONES” DE AYUDAS O REBAJAS EN MATERIA DE POBREZA ENERGÉTICA

La ley de vivienda pero fue llevada al constitucional por el pp, práctica habitual en muchas regiones. Mientras dicen que no pueden legislar desde el estado central en esta materia, cuando lo hacen las regiones, las llevan al constitucional. Esta reforma era de mínimos, sobre todo para atender la emergencia social de miles de familias en esta región con tan altas tasas de pobreza.

Un gobierno que no es capaz de erradicar el chabolismo tras más de 20 años de familias viviendo en la más absoluta miseria y que hace un año, la consejería de Fomento, no encontró viviendas dignas para familias en exclusión social y dejó desierto el concurso que convocó.

4. Impulsar la mediación social en el alquiler de viviendas
5. inventario de viviendas sociales públicas y creación de un parque de viviendas privadas (bancos e inmobiliarias) cedidas para el realojo de familias, con gestión pública de los alquileres sociales

VII. Atención a la infancia y la familia.

- inexistencia de un programa de apoyo a la familia
- ninguna medida específica de conciliación promovida por la Administración regional

- No hay programa alguno de incentivo de la asistencia a escuelas infantiles de 0 a 3 años, ludotecas, ni incentivos fiscales o de otro tipo que faciliten dicha conciliación. Apenas la repercusión de alguna media estatal.
- Es necesaria una norma por la que se regule la definición, organización, funciones y condiciones los centros de menores
- El acogimiento familiar requiere de una significativa inversión que de impulso a lo que la Ley de reforma del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia exige en su texto. Para ello, hay que generar programas concretos de acogimientos especializados y profesionalizados, que permitan promover adecuadamente la existencia de estos recursos, con un marco normativo en el que las personas candidatas se sientan arropadas en su decisión. La Ley de la Infancia de la Región de Murcia es de 1.995 y carece de normativa reglamentaria de desarrollo más allá de algunas referencias procedimentales sobre el acogimiento y su remuneración, pero no incluye un concepto integral de desarrollo de la figura jurídica del acogimiento.
- La Ley del Sistema de Protección a la Infancia (Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, modificada por la Ley Orgánica 8/2015 y Ley 26/2015), establece la necesidad de atender la situación derivada del final del periodo tutelar. La Región de Murcia, debe regular, dotar de recursos, y establecer la planificación para atender a esta situación.

VIII. Creación de empleo con criterios de justicia social.

- mejorar las condiciones de las API's (ayudas a Programas de Inserción sociolaboral) con dotación presupuestaria y con un programa integral a través de entidades empresariales privadas para que exista una continuidad entre lo hecho en ese API's y el conjunto del mercado laboral
- Legislar la inclusión de cláusulas sociales en las contrataciones con dinero público, atendiendo prioritariamente a los sectores de población con mayores dificultades para su inserción laboral y con cargas familiares

IX. Medidas excepcionales contra los impactos de la crisis.

Bloque VI: Refugiados, inmigración, cooperación al desarrollo, emigración y retorno, mediación, tercer sector, personas sin hogar, minoría étnicas, drogodependencias. Hemos pedido un Plan de acomodación de refugiados, la denuncia de la crisis humanitaria en el Mediterráneo, o la petición del cierre del CIE,

- Puesta en marcha de medidas para el cumplimiento de la agenda 2030

- Reanudación del Comité Asesor Regional en materia de VIH/SIDA
- En el ámbito educativo: aumento de las becas comedor, gratuidad libros de texto, acceso a nuevas tecnologías para reducir la brecha digital, modificación becas y tasas universitarias para garantizar la continuidad en los estudios, plan de mejora de la etnia gitana en educación, mejoras en la atención a la diversidad.
- En materia de empleo: ayudas al empleo para jóvenes y personas autónomas, puesta en marcha del Plan de garantía juvenil, planes de empleo para mayores de 45 años, y específicos para mujeres.

X. Profesionales de Trabajo Social: agresiones, plantillas, participación, valoradores de dependencia, cumplimiento ley de colegiación obligatoria.

XI. Profesionales del trabajo social.

Coincidimos con la propuesta del propio colegio relativa a los profesionales del trabajo social. Es necesario :

- Garantizar las condiciones de seguridad que permitan a los profesionales de la intervención social el ejercicio de sus funciones evitando riesgos y acciones violentas por ello.
- Acordar con la Universidad de Murcia la posibilidad, del alumnado de la Facultad de Trabajo Social y de la Escuela de Práctica Social, de realizar prácticas en los puestos de trabajo social de la Administración.
- Impulsar la investigación.
- Reforzar las plantillas de trabajo social.
- Publicar anualmente la Relación de Puestos de Trabajo del sistema de servicios sociales.
- garantizar la especificidad de las plazas de trabajo social. La supresión de la especificidad de las plazas de trabajo social, actúa en detrimento del servicio prestado al ciudadano, dando lugar al traslado de funcionarios y amortización de plazas.
- Asegurar la participación del colegio oficial de trabajo social en los órganos consultivos, de coordinación, desarrollos y modificaciones normativas, y

cuantas cuestiones afecten al ejercicio del trabajo social en la Región de Murcia.

- Incluir a profesionales del trabajo social como valoradores del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

ORGANIZA



**Colegio Oficial
de Trabajo Social**
Región de Murcia

COLABORADOR OFICIAL



PATROCINADOR PRINCIPAL



PATROCINADORES ACCESIBILIDAD



PATROCINADORES



COLABORADORES



PARTICIPANTES



PODEMOS.

Ciudadanos

