

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL. Nº 1.

Marzo, 1.994.

EDITA.

Colegio Oficial de Diplomados
en Trabajo Social de Málaga.

GESTION Y ADMINISTRACION.

Vocafía de Publicaciones y Biblioteca.
C/ Alamos nº 17, 1ª, D.P. 29012. Málaga.
Horario: de lunes a viernes de 9,30 a 13
horas y de lunes a jueves de 17 a 18 horas.

REALIZACION.

Diseño y Maquetación:
Equipo de Redacción.

PORTADA.

"Hombre enfermo".
Diego García (1.938).

IMPRIME.

Gráficas ANAROL
Pozos Dulces, 32 - MALAGA
Depósito Legal. MA-1.126-1993.

DIRECTOR.

Cristóbal Gil Yañezuela

SUBDIRECTORA.

Resurrección Hernández Gómez.

EQUIPO DE REDACCION.

Mari Luz Burgos Varo.

Rosario Pavón Miranda.

Juan Jesús Rendón Ortega.

Pedro García Calern.

María del Carmen Gámez Lomeña.

ISSN: 1133-6552

Han colaborado en la realización del nº 1:

- Antonia Torreblanca Delgado.
- Sonia Luises Guerrero.
- M^a del Mar Molina Moreno.

Indice

Editorial. Equipo de Redacción. 5 pág.

El acceso a la vivienda de los inmigrantes. Octavio Vázquez Aguado..... 7 pág.

Programa de Atención Individual en Servicios Sociales Comunitarios.
Francisca Merchán Gómez..... 15 pág.

Monografía:

El Trabajo Social en Salud hoy: retos y estrategias. Amaya
Ituarte Tellaeche..... 31 pág.

Atención Primaria: situación actual y perspectivas de futuro. Dolores de Pedro Herrera y Cruz Videgain Mas..... 53 pág.

Del tratamiento social y sanitario de los enfermos a la optimización del hospital. Dólors Cóloms Masfret. 63 pág.

La intervención profesional en situaciones de crisis. Isabel
Ramírez de Mingo..... 71 pág.

Análisis normativo del Trabajo Social Hospitalario en Andalucía. Realidad práctica. 77 pág.

Modelo de organización y funcionamiento en el Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Málaga Norte. Rosa Hernández Robles..... 83 pág.

La reinserción social en drogodependencias. Javier Delgado Fernández y Concepción García Benítez 95 pág.

Situación socio-sanitaria y utilización de los servicios sanitarios en los núcleos diseminados de Salitre y Siete Pilas. María del Carmen Rodríguez González, Antonia María González Mateos, Ana María Castillo López, Cristóbal Delgado Benítez y Francisco Martín Navarro..... 101 pág.

Bibliografía comentada:

1.- **Lucha contra la pobreza hoy.** Mariola Palma García 111 pág.

Editorial.

En vuestra manos tenéis el segundo número de Documentos de Trabajo Social. Este es fruto de la buena acogida que ha tenido el proyecto entre numerosos compañeros y compañeras de Andalucía y otras partes del Estado. El considerable número de suscriptores, así como los trabajos que se están enviando a la redacción nos anima y motiva para continuar adelante con esta empresa.

En este número, que como sabéis, estaba dedicado en su parte monográfica al Trabajo Social en Salud Mental. Ha sido sustituido por varias ponencias de las Jornadas de Trabajo Social en Salud que el Colegio de Málaga ha organizado, en la línea de trabajo de la actual Junta Directiva de promover el debate profesional y científico entre los distintos colectivos. Se presenta un material interesante y de un alto rigor, tanto por los contenidos como por la calidad profesional de las autoras, que viene a complementar importantes aspectos del monográfico que presentamos el nº 0.

El resto de los artículos del nº, continuando con la línea multitemática, están referidos al desarrollo de los contenidos del programa de acceso a la vivienda para inmigrantes desarrollado por Andalucía Acoge; la exposición de los aspectos que fundamentan la atención individual que realizan los equipos de Servicios Sociales Comunitarios en la ciudad de Córdoba; la descripción de los parámetros que definen el modelo de organización y funcionamiento aplicado en los últimos años en el Centro de Servicios Sociales Distrito Norte de Málaga; un trabajo teórico sobre conceptos y procesos de la reinserción social de drogodependientes; y un estudio socio-sanitario sobre características y uso de los recursos sanitarios de una población rural dispersa en la Comarca de Ronda.

Esperamos seguir mejorando la calidad de Documentos de Trabajo Social con la aportación de todos y sobre todo invitamos a la participación en estas páginas. La consolidación de la Disciplina de Trabajo Social depende fundamentalmente de su desarrollo como ciencia.

EL ACCESO A LA VIVIENDA DE LOS INMIGRANTES. RETOS Y PERSPECTIVAS.

Octavio Vázquez Aguado. Profesor Asociado de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Huelva y Coordinador de la Federación Andalucía Acoge para los Programas "Centros de Día" y "Acceso a la Vivienda".

RESUMEN.

El presente artículo quiere analizar la situación en la que se encuentran los inmigrantes a la hora de acceder a una vivienda, los problemas y dificultades a los que debe hacer frente. En función de esta realidad, se establece una tipología de situaciones susceptibles de intervención desde el programa "Acceso a la Vivienda" de la Federación Andalucía Acoge.

También se recoge en el artículo los distintos servicios que se desarrollan en el programa y los criterios para priorizar la intervención.

Hay que tener en cuenta que la posesión o no de una vivienda facilita la aparición de otras marginaciones pero que la sola posesión de la misma, tampoco garantiza la inserción en nuestra sociedad y la normalización. Esta es la premisa básica que sostiene todo el artículo y el programa en sí, ya que consideramos a la vivienda como un "mediador social" que, a partir de una intervención determinada, coloca al inmigrante en situación óptima para lograr una mayor integración.

INTRODUCCION

Todos somos conscientes de la importancia que tiene la posesión, el uso y disfrute de una vivienda como aspecto normalizador e integrador de la vida de cualquier persona.

Tener una vivienda significa tener la posibilidad de descansar, de mantener pautas higiénicas adecuadas, de poseer un espacio que asegura la intimidad personal y/o familiar..., e igualmente somos conscientes de que la no posesión de una vivienda supone el primer paso para la aparición y manifestación de otras conductas, voluntarias o no, que podemos calificar de asociales o marginales.

El mercado de la vivienda juega, y mucho, un papel muy importante en la regulación del acceso a la vivienda de las personas y/o familias con escasos, o pocos recursos. En los últimos años de los ochenta, asistimos casi impotentes a una revalorización continua del precio de la vivienda que impedía literalmente no sólo el acceso en régimen de propiedad de la vivienda sino también que el alquiler alcanzaba, y alcanza, precios altos o muy altos.

Si ya el acceso a la vivienda es muy difícil para los nacionales, para los inmigrantes que temporal o permanente-

mente residen en Andalucía, el problema adquiere unas dimensiones nuevas y aún más gravosas ya que, a las dificultades propias del mercado, se añaden la desconfianza, la inseguridad laboral, el desconocimiento de la lengua... que hace de este colectivo una "presa fácil" para pasar de una situación, a priori, más o menos normal a ser un colectivo que soporta unas altas tasas de marginalidad y discriminación en el acceso a la vivienda.

Mencionamos especialmente estos tres factores: la importancia de la vivienda, la situación del mercado y el colectivo de inmigrantes, porque constituyen los pilares de nuestros programas de intervención.

En esta exposición, vamos a analizar cuales son los elementos que impiden a los inmigrantes el acceso a la vivienda estableciendo una aproximación tipológica de las distintas situaciones que nos encontramos, vamos a explicar que intervención realizamos en cada una de estas situaciones y, por último, vamos a intentar explicar que importancia tiene la vivienda como "mediador" social.

Señalar, por último, que este documento ha servido para sentar las bases del programa de acceso a la vivienda de la Federación Andalucía Acoge y financiado por el Ministerio de Asuntos

Documentos de Trabajo Social

Sociales.

LOS "EXCLUSOGENOS" O QUÉ IMPIDE A LOS INMIGRANTES ACCEDER A UNA VIVIENDA.

Conocer qué elementos impiden a los inmigrantes acceder a una vivienda es la condición sine qua non para comprender la intervención que planteamos en nuestro proyecto. Son varios estos elementos:

La precariedad en el empleo. Los inmigrantes con los que nosotros trabajamos, por regla general, soportan una gran precariedad en el empleo. En efecto, suelen ocupar no sólo los trabajos más duros sino también los peor remunerados: temporeros agrícolas, marineros, obreros construcción, vendedores ambulantes... ocupaciones que se ejercen, en la mayoría de las situaciones, de una manera discontinua con la consiguiente irregularidad en los ingresos.

Este es el aspecto que nos interesa destacar en este apartado: **la irregularidad en los ingresos** contribuye decididamente a que el acceso a una vivienda digna sea, en la mayoría de los casos, una tarea harto difícil.

Especial significado tienen los inmigrantes temporeros agrícolas que se desplazan continuamente por nuestra

geografía en busca de trabajo en el campo. Esta movilidad impide el asentamiento en un punto determinado y ayuda decididamente a que soporten las viviendas con las peores condiciones de habitabilidad.

La posesión o no de documentos que acrediten la residencia según lo determinado en el marco legislativo en el que nos movemos, es decir, para un inmigrante que posea los permisos de trabajo y residencia es, a priori, mucho más fácil el acceso a una vivienda porque permite la posibilidad de realizar contratos de alquiler según la legislación vigente, la contratación de seguros y suministros para el hogar...

El mercado de la vivienda con su política de precios y los requerimientos de ingresos fijos mensuales que aseguran, a principios de mes, el cobro del alquiler.

Señalamos también en este apartado la escasa o nula **política de viviendas en favor de los inmigrantes** desarrollada por las distintas administraciones de nuestra Comunidad Autónoma.

El hecho mismo de ser inmigrante que, en épocas de crisis (aunque no únicamente), genera enormes desconfianzas en la población autóctona para aceptar como vecinos a gentes con distinta piel, distinta lengua...

El desconocimiento del idioma, de la vorágine administrativa, la ausencia de puntos de referencia que otorguen confianza al inmigrante son también elementos que impiden el acceso a una vivienda.

Veamos ahora que tipología de situaciones nos podemos encontrar en función de estos elementos.

TIPOLOGIA DE SITUACIONES.

A mi juicio, son seis las situaciones que a priori nos vamos a encontrar. En la exposición, se ordenan de mayor a menor en función de la problemática que pueden presentar.

Inmigrantes sin vivienda, viviendo en la calle y sin un trabajo que les proporcione unos ingresos económicos. Evidentemente, es ésta la situación límite en la que nos podemos encontrar.

Es posible que existan, a su vez, una división dentro de este tipo en función de la estacionalidad o no de los inmigrantes. Con aquellos que reúnen las circunstancias arriba indicadas y, además, se encuentran de paso por nuestras ciudades, la intervención, respecto a la vivienda, se puede limitar a intentar facilitar un alojamiento temporal (albergue, pensión...) mientras que el individuo esté de paso.

Para aquellos que residen permanentemente, el trabajo a realizar pasará por facilitar los medios para el acceso a una vivienda (con compatriotas, con amigos...) y, a partir de ahí, un trabajo de acompañamiento y asesoramiento para mejorar sus condiciones de vida.

Inmigrantes sin vivienda y con un trabajo aunque sea ocasional. Bajo este epígrafe vamos a encontrarnos con todos los inmigrantes temporeros que se desplazan a Andalucía en busca del trabajo agrícola.

La intervención se centra en realizar labores de asesoramiento e intermediación para posibilitar el acceso a la vivienda, es decir, búsqueda de viviendas, contactos con los propietarios, establecimiento de pólizas de seguros...

Así mismo, es necesario articular mecanismos formativos que aseguren el cuidado y mantenimiento de la vivienda mientras se ocupa.

Ateniéndonos a lo acordado en los convenios colectivos del campo y siempre que las viviendas se sitúen en las fincas en las que se realiza la labor agrícola, las mejoras de la misma corresponden al patrono.

Inmigrantes que viven en infraviviendas o chabolas, generalmente, en

Documentos de Trabajo Social

la periferia de las ciudades y/o pueblos. La intervención a realizar con estos inmigrantes dependerá, fundamentalmente, de dos aspectos: si la residencia es temporal o de manera estable y de la posibilidad de que tengan un trabajo.

De nuevo la intervención se basa en la posibilidad de facilitar el acceso a una vivienda más digna. A partir de aquí, el trabajo se centrará en crear un proceso formativo y educativo sobre las posibilidades y condiciones de uso de la vivienda.

Inmigrantes que viven en viviendas mal dotadas, fundamentalmente, en cuanto a equipamiento de orden higiénico (cocina, aseo, agua corriente...). La intervención está muy clara: facilitar, en la medida de las posibilidades, la mejora de equipamiento del hogar aprovechando este proceso para incorporar, de nuevo, elementos formativos sobre derechos y deberes como usuarios de determinados servicios, condiciones necesarias para la conservación y manipulación de alimentos, pautas de higiene tanto propias como de la casa que se ocupa.

Es importante señalar que, a partir de esta categoría, nos vamos a encontrar con situaciones más o menos "normalizadas", por lo que la intervención a realizar se podrá hacer teniendo en

cuenta el "contrato de contraprestación" (siempre que sea posible), de tal manera que el inmigrante también se implique y participe en la resolución de sus conflictos.

Estamos en situación de poder exigir la implicación del inmigrante en actividades formativas (clases de español), actividades que mejoren su relación con los vecinos si los hubiese.

Inmigrantes que viven en viviendas con unas mínimas condiciones pero hacinados. Pienso que esta categoría hay que estudiar muy bien la intervención a realizar porque el hacinamiento, bajo mi punto de vista, puede ser debido, bien a que no haya realmente posibilidades de vivir y ocupar otra vivienda digna o, bien, el hacinamiento se produce por la necesidad de rodearse de gente de su misma nación, lengua, familia... elementos todos ellos que proporcionan seguridad en circunstancias tan adversas como las que se pueden encontrar los inmigrantes.

De nuevo, la intervención no puede limitarse a una simple transferencia de medios económicos desde nuestra asociaciones hasta los destinatarios, sino que el componente formativo debe prevalecer; es cuestión de establecer procesos de acompañamiento que deben ajustarse al ritmo de las necesidades de los destinatarios finales.

Inmigrantes asentados con una vivienda digna y una problemática puntual, debido a la falta de pago de algún suministro del hogar, alguna reparación, deudas de alquiler... Sin duda alguna, será la situación más fácil a la que tengamos que hacer frente.

Quiero señalar que el riesgo principal de esta tipología es la tentación de limitarnos a satisfacer esa necesidad puntual. Siempre habrá alguna otra intervención que podríamos realizar a partir de la demanda planteada.

SERVICIOS A PRESTAR.

Una vez visto tanto los elementos que facilitan la exclusión del acceso a la vivienda a los inmigrantes así como qué tipología de situaciones nos podemos encontrar, estamos en situación de poder abordar, mínimamente, las distintas intervenciones que podemos desarrollar. Veremos tanto los servicios que podemos prestar como los criterios de priorización y cómo recibir la demanda.

Según lo expuesto en nuestro programa de actuación, las intervenciones a realizar las podemos encuadrar en tres servicios o tareas generales a desarrollar.

Servicio de acceso a la vivienda. Centrado, como su nombre indica, en la realización de todas aquellas actividades que faciliten el acceso a una vivienda digna a los inmigrantes.

Por tanto, se contemplan actuaciones que van desde la búsqueda de viviendas, realización de tareas de intermediación, establecimiento de póliza de seguro de las viviendas que se alquilan, hasta información y orientación de todas aquellas cuestiones que tienen que ver con la realización de contratos, viviendas de protección oficial...

En definitiva, se trata de trabajar el mercado de la vivienda para que se ajuste a las necesidades y posibilidades de los inmigrantes.

Servicio de apoyo al mantenimiento de la vivienda. En este servicio tiene dos vertientes fundamentalmente:

1ª. Centrada en facilitar el acceso de suministros elementales del hogar, pagos de alquiler, equipamientos,...

2ª. Centrada en la necesidad de establecer procesos formativos de los inquilinos de las viviendas y que tengan como objetivo fundamental la conservación de la vivienda, el establecimiento de lazos y relaciones con los vecinos que les rodean y el adiestramiento en

Documentos de Trabajo Social

habilidades de relación básicas en la sociedad de acogida.

Este segundo aspecto tiene una importancia fundamental en todo el proceso de desarrollo del programa. La mayoría de nuestros esfuerzos y recursos deberían dedicarse a este capítulo.

Servicio de apoyo a la integración centrado, fundamentalmente, en la facilitación del acceso a los recursos que posee la comunidad para la satisfacción de sus necesidades como medio de facilitar la normalización e integración.

Como se puede observar a lo largo de mi intervención, este programa de acceso a la vivienda tiene dos pilares básicos: uno, constituido por el trabajo a realizar en la sociedad de acogida, tanto a través del mercado de la vivienda como en la propia población y convecinos de los inmigrantes y, dos, los propios inmigrantes que deben ser y estar en una cultura ajena a la suya propia.

CRITERIOS PARA PODER PRIORIZAR LA INTERVENCION.

El establecimiento de criterios resulta fundamental para poder dirigir los esfuerzos y los recursos a invertir, siempre escasos, hacia aquellas situaciones que más lo necesitan y que mejor van a conseguir los objetivos previstos.

Los que nosotros establecemos para este programa son los siguientes:

1º. Nos interesa trabajar fundamentalmente con inmigrantes asentados en nuestras ciudades y pueblos y que no tengan acceso a una vivienda digna bien por ausencia de trabajo o bien por imposibilidad de encontrarla.

2º. Dentro de estos inmigrantes asentados, tendrán prioridad las familias con hijos menores a cargo y, en segundo lugar, los inmigrantes sin familia a cargo en nuestro país pero que acepten que la intervención no se va a limitar a una transferencia económica.

3º. Inmigrantes que vivan hacinados o que ocupen una vivienda en malas condiciones.

4º. Inmigrantes que, aun estando de paso, vayan a residir un tiempo más o menos prolongado en nuestra ciudad (campañas agrícolas, búsqueda de trabajo...).

Repetir que estos criterios de priorización se fundamentan, sobre todo, en la idea de la normalización por lo que, en este programa, la finalidad última no es que se acceda a una vivienda sino que se utilice a esta como un "mediador social", como un elemento a partir del cual poder trabajar de cara a la integración.

Señalamos, por último, algunas cuestiones fundamentales en la puesta en marcha del programa:

1ª. El responsable de este programa en cada asociación, podrá actuar, bien por que las demandas le sean derivadas desde otros programas o instituciones, o bien a iniciativa propia mediante la visita a las viviendas que ocupen los inmigrantes en la actualidad.

2ª. Aunque el trabajo se desarrollará fundamentalmente en la calle, conviene que exista un espacio y un tiempo determinado para la atención en el propio centro.

3ª. Evitar en la medida de lo posible que, cuando se realice alguna transferencia económica, esta se lleve a cabo en el centro. Conviene hacerlo, siempre que sea posible y se asegure la discreción, en el domicilio del beneficiario.

4ª. La tarea no es fácil. Por eso no es sólo cuestión de aplicar los recursos estandarizados y establecidos. Permitamos que la imaginación juegue un papel importante en la resolución de los problemas y, sobre todo, impliquemos a los propios interesados en la resolución de los mismos.

A MODO DE CONCLUSION.

El acceso a una vivienda por si solo, no garantiza ni la normalización ni la integración de los inmigrantes.

Si la ausencia de una vivienda es la puerta de entrada a marginaciones, la tenencia de una vivienda es un paso muy importante para facilitar la integración.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA.

* Memoria del programa "Acceso a la Vivienda" de la Federación Andalucía Acoge. 1993.

* Equipo IMI. Consejería de Integración Social. Textos sobre el Ingreso Madrileño de Integración.

* DALY, M. Primer Informe del Observatorio Europeo de los Sin Techo. 1992. Recogido en el Dossier nº29 "La exclusión social" de Cáritas Española. Mayo de 1993.

Documentos de Trabajo Social

PROGRAMA DE ATENCIÓN INDIVIDUAL EN LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS.

Francisca Marchán Gómez. Diplomados en Trabajo Social.
Excmo. Ayuntamiento de Córdoba.

RESUMEN.

En este trabajo se describen los contenidos básicos que definen el Programa de Atención Individual, en los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Córdoba.

Propone un modelo que supere, tanto en contenidos como en los métodos de intervención, lo que la autora considera la habitual práctica asistencialista, que propugna "para cada problema un tipo de ayuda", y opta por una estrategia definida por "para cada problema un tratamiento", entendiendo éste como un proceso global de intervención ante una problemática concreta.

0. Introducción.

La intervención individual y/o "tratamiento individual" en los últimos años ha cambiado sustancialmente su enfoque. La urbanización, la industrialización, la pérdida de vigencia de los roles tradicionales definidos, la familia nuclear desplazando a la extendida, el sistema de relaciones secundarias e instrumentales, la liberación de la mujer, etc. ha ido exigiendo el cambio, operando desde la familia y su grupo vecinal, para resolver más operativa y profundamente el problema de las necesidades sociales.

El trabajador social no puede ignorar el papel de las variables socioeconómicas, culturales, ambientales, políticas, etc., en la problemática individual y familiar, siendo la familia, la unidad de trabajo y el medio que se puede atender y solucionar junto con el profesional, la problemática que presenta una persona.

Por otro lado y desde nuestra perspectiva de método participativo en el que, se concibe al individuo con el derecho a definir sus necesidades y con las potencialidades y capacidad para resolverlas, no hay diferencias esenciales entre trabajar con una persona o trabajar con un grupo. Resolver el problema de una persona es resolver la versión particular, singular, de una problemática general.

Así, las formas tradicionales de la atención individual, han sufrido un replanteo. Cuando alguien viene a pedirnos nuestro servicio, hay que hacer una doble lectura de su mensaje inicial, desglosando el contenido no manifiesto o latente del contenido manifiesto o verbalizado, y a partir de ello, hacerle descubrir que su problema es familiar y que solo a partir del grupo familiar puede encararse la acción.

Obviamente, para trabajar con el individuo y la familia como grupo, los trabajadores sociales disponemos de la teoría, del método, de las técnicas, los procedimientos, los recursos y el equipo de trabajo y nuestra propia persona, también, como recurso.

1.- Objetivos del Programa de Atención Individual.

1. Detectar las problemáticas individuales, familiares y/o grupales implícitas en la demanda individual.
2. Diagnosticar, analizar e interpretar las problemáticas individuales y familiares.
3. Informar y orientar sobre sus derechos para la utilización y acceso a los recursos sociales.
4. Gestionar los recursos sociales municipales existentes: ayudas económicas no periódicas, ayudas a domicilio, aulas-taller y otros que se articulen

Documentos de Trabajo Social

en función de las necesidades.

5. Derivar a los servicios especializados y realizar el seguimiento valorando las posibilidades de integración.

6. Sensibilizar al usuario para que aborde activamente su problemática y busque alternativas junto con otras personas afectadas.

7. Estructurar, sistematizar la información que se registra a través de la demanda individual, para la valoración de las necesidades específicas y propuestas de alternativas (creación de recursos, estudios de investigación...).

8. Asesorar, proponer, articular medidas alternativas a las causas o aspectos comunes que afectan a las problemáticas que se plantean en la demanda individual.

9. Detectar las necesidades sociales, evaluarlas y analizarlas.

10. Favorecer la integración comunitaria a través del desarrollo de grupos primarios y/o afectados en los que se inserten personas aisladas o marginadas.

2.- Funciones del Programa de Atención Individual.

2.1.- Funciones generales.

1º. **Información.** Información sobre los derechos y recursos sociales existentes. Asesoramiento técnico,

social, cultural y educativo a los distintos sectores de población.

2º. **Valoración.** Valoración de aptitudes, actitudes e intereses personales relativos a casos y situaciones problemas así como de las condiciones familiares y sociales. Emisión de informes técnicos o administrativos en los casos o situaciones que lo requieran.

3º. **Orientación.** Adecuación y/o movilización de los recursos existentes (públicos, privados, municipales...) a las necesidades planteadas, promoviendo la autonomía personal, la educación y la participación. Derivación y coordinación con los distintos profesionales. Asesoramiento técnico continuo tanto a individuos como a grupos (seguimiento).

4º. **Tratamiento.** Prevención de las situaciones de marginación, potenciando la convivencia y sentido comunitario y actuando sobre las causas inmediatas o detección de los problemas específicos. Elaboración de análisis y estudios orientados a detectar población de alto riesgo de marginación. Colaboración en la creación de recursos, realizando las gestiones oportunas en las instancias correspondientes.

2.2.- Tareas de los distintos profesionales.

1º. **Específicas del trabajador social.** Realizar la primera entrevista, el diagnóstico-valoración, orientación

y/o derivación. Complimentar la Ficha Social y elaborar Informes Sociales. Actualización y difusión de las distintas prestaciones y recursos de Servicios Sociales. Prioritariamente la intervención familiar relacionada con situaciones de dificultades de convivencia personal o familiar.

2º. Específicas del educador social. Actualización y difusión de los distintos recursos socio-educativos. Prioritariamente la intervención familiar relacionada con situaciones de dificultades de convivencia personal o familiar.

3º. Comunes del trabajador social y el educador social. Actualización y aplicación de prestaciones sociales y recursos socio-educativos. Recogida y tratamiento de la información: cumplimentación, sistematización y valoración. Difusión de la información a nivel general. Atención directa a individuos, familias y/o grupos: visitas a domicilio, entrevistas, cuestionarios, reuniones... Valoración y seguimiento de situaciones-problemas individuales, familiares y grupales. Realización de gestiones tanto con entidades públicas como privadas: colaboración, coordinación, derivación. Elaboración y evaluación de proyectos. Análisis en interpretación de datos. Redacción de informes técnicos o administrativos. Estudio y formación personal y de equipo.

4º. Auxiliar administrativo.

Primera información y atención al público. Concertar citas y atender al teléfono. Mecanografiar informes, registros, fichas... Mantenimiento de archivo, expediente... Convocatorias, cartas. Tabulación y sistematización de informaciones registradas.

5º. Ordenanza. Atender al teléfono y concertar citas. atender al público. Recepción y reparto de correspondencia.

3.- Principios y métodos de intervención.

3.1.- El individuo y familia como unidad de intervención.

Existe una serie de principio básicos en este tipo de intervención, estos son:

La aceptación. Es preciso aceptar al usuario tal y como es, y no tal como se le querría ver, respetarlo en su persona, en sus actitudes y en su afectividad, sus opiniones o convicciones. Ello supone que el trabajador social sea consciente de sus reacciones y las controle.

La disponibilidad. Estar ahí para el usuario, escucharlo, darle la sensación de que es la única cosa que interesa al trabajador social en el momento preciso, que no le preocupa ninguna otra cosa, que él y su problema. La escucha, así como la observa-

Documentos de Trabajo Social

ción atenta, están guiadas por la convicción de que toda conducta que se expresa tiene su significación.

El respeto a la libertad del usuario. El usuario conserva la elección de sus decisiones, de sus soluciones, porque es preciso admitir que solo puede ser ayudado, si lo quiere de verdad; sin no quiere plan de ayuda el trabajador social deberá encontrar otro medio de actuación (sobre todo en caso de peligro). Si el usuario es lento en reaccionar, tiene, por supuesto, el más estricto derecho a ello, porque la entrevista y la relación deben proseguir el ritmo de la persona a la que hay que ayudar y no al ritmo de aquel que ayuda.

La llamada a la participación activa del usuario. Este debe colaborar a la solución de su problema, siendo su cooperación indispensable para que la experiencia sea el medio de crecimiento y ocasión de desarrollo.

En el transcurso de estos principios late el respeto profundo por la dignidad del hombre, al afán de procurarle mayor independencia, autonomía y verdadera seguridad y, en definitiva, la convicción de que una liberación material y psicológica es preferible a su alienación, lo cual constituye el último fundamento de todo trabajo social.

El trabajo social individual y familiar desencadena, en la práctica,

un proceso en el que se distinguen cinco momentos fundamentales, algunos de los cuales puede darse, y de hecho se dan con frecuencia, simultáneamente.

La indagación o recogida de datos. Aprender a conocer a la persona que acude en busca de ayuda, y descubrir el problema que le preocupa. A tal fin hay dos medios fundamentales que se complementan: la observación de su comportamiento y la atenta escucha de su historia.

Es necesario empezar la entrevista con una serie de preguntas, al objeto de obtener las informaciones de carácter general que el Centro necesita (registros...). La entrevista inicial sirve, fundamentalmente, para reunir los elementos que permiten emprender el estado del caso y la técnica consiste en hacer preguntas que provoquen respuestas de carga positiva, evitando las que puedan contestarse simplemente con un sí o un no.

Si el trabajador social se da cuenta que el usuario está mal orientado y ha recurrido a un servicio equivocado suspende la entrevista y le dirige al que lo sea. Si la persona no está demasiado angustiada con su problema, basta con que se indique la dirección del servicio que necesita. Si por el contrario, el usuario está muy turbado, entonces le prestará apoyo concertando telefónicamente una entrevista o escribiendo una carta de presentación.

Una vez establecida la relación, empieza la verdadera intervención, si no se establece relación no podrá haber intervención.

Estudio y valoración. Consiste en el reagrupamiento de los hechos pertinentes y establecimiento de las relaciones lógicas entre las observaciones hechas (demanda expresada y situación detectada).

Esta síntesis permite el diagnóstico, que como proceso que se va construyendo en la práctica, se inicia desde el primer contacto con las personas, describe los hechos o sucesos, los elementos y las relaciones, así como las condiciones que inciden en la situación, relaciona toda la información recogida y sistematizada para darle un sentido o interpretación y pasar a la determinación del tratamiento social, es decir, los aspectos a trabajar y objetivos o la elección de las acciones a emprender: información, orientación, coordinación y movilización de recursos, derivaciones, concienciación y sensibilización, consejo, apoyo...

Realmente la tarea comienza cuando se aceptan las dificultades en su dimensión real y se comienza a trabajar. Por eso al formularse los objetivos con las personas, debemos distinguir entre los ideal (la solución de los problemas estructurales), lo deseable (que la familia logre mejor calidad de vida) y lo factible (restablir

ecer una positiva red de interacción y comunicación interna-externa, lo que redunde en un trato interpersonal más satisfactorio). No siempre es conveniente comenzar la intervención por lo que más conflictúa, por el monto de ansiedad que desata y todo el pasado que moviliza. Partir de lo simple, de lo acuciante, para ir removiendo los obstáculos que impidan operar sobre la problemática fundamental. El trabajador social actúa así como articulador del grupo familiar.

Dependiendo de esta valoración se abrirá expediente familiar, se cumplimentará la ficha social, se elaborarán informes social, se realizarán visitas a domicilio...

Evaluación y seguimiento. La evaluación irá en función de los resultados obtenidos, en los aspectos trabajados con el ciudadano y/o familia. Si la evaluación es positiva y la situación-problema inicialmente planteada se ha solucionado, el caso se habrá cerrado.

La intervención requerirá necesariamente un seguimiento continuado del proceso de tratamiento y los distintos acuerdos a los que se llegue con los implicados.

3.2.- El grupo como medio y contexto de tratamiento.

EL grupo es un contexto en el cual el potencial de las fuerzas sociales que

Documentos de Trabajo Social

surgen internamente (dinámica de grupo) opera sobre los miembros produciendo cambios de comportamiento, en un proceso en el que el trabajador social "es el punto clave", pudiendo considerarse que mayor número de usuarios pueden ser atendidos en menor tiempo y con resultados más valiosos. La metodología de tratamiento grupal no implica eliminar colaterales entrevistas individuales y/o familiares a fin de conocer el medio y los marcos normativos en los que se desenvuelven cotidianamente.

El trabajo con grupos para lograr el tratamiento individual debe regirse por una acción planificada y guiada, que presupone qué hacer, cómo, por qué y cuándo. Al decir guiada se insiste en la acción del trabajador social en todo el proceso para que en el menor plazo posible se logren las metas fijadas; para ello es necesario elaborar un proyecto y definir claramente los objetivos, de lo contrario la acción se transforma en un improvisación o tratamiento intuitivo, para el cual no se requiere un profesional.

Desde el programa de Atención Individual y dependiendo del objetivo específico y central del proyecto concreto, podemos operar en tres tipos de grupos:

- **El grupo para la sensibilización.** Se centra en los problemas individuales de los miembros y su finalidad es establecer en grupo posibles alternativas y la movilización de los recursos

potenciales a efectos de sensibilizar, concienciar y enfrentar actuando los problemas, sirviendo a la vez de diagnóstico y tratamiento.

- **El grupo para el aprendizaje.** Se centra en la enseñanza y vivencia de conocimientos.

- **El grupo para la orientación.** Se centra en la información y orientación que se proporciona a un determinado número de personas a la vez.

En todos ellos se cumple un proceso de grupo, requiriendo mayor dominio y aplicación de técnicas, para activarlo, los grupos de aprendizaje y orientación. En todos ellos se cumple asimismo el proceso de tratamiento, en tanto se logra mejorar patrones de relación y solución de dificultades, problemas y necesidades.

La división no es absoluta, ya que en todo grupo opera un proceso terapéutico, en todo el intercambio de relaciones interpersonales produce modificaciones de comportamiento en los miembros. Asimismo todo grupo presupone aprendizaje, ya sea de una actividad o bien de cómo organizarse e integrarse.

El tratamiento es positivo cuando disminuye la tensión del usuario, mejora su patrón de relaciones y se solucionan, con sus esfuerzos, las dificultades y necesidades. Esto presupone evaluar, es decir, apreciar

los cambios producidos en el comportamiento de los miembros y el patrón de funcionamiento social logrado; si hay progresos alcanzados y si hay compatibilidad entre objetivos, técnicas y medios. La evaluación del tratamiento es siempre un análisis funcional y realista compartido en el grupo y la percepción del resultado del propio esfuerzo.

Como bien dice Natalio Kisnermam: "Planteamos la experiencia grupal como un encuentro con lo vivencial, con la comunicación, con lo corporal, con la creatividad, con el enseñar-aprender, con todo aquello que es en esencia, ser hombres. Lo que se quiere transformar es precisamente una realidad humana, un conjunto de relaciones sociales cotidianas y concretamente vividas, en esa unidad convivencial y creadora, cooperante u solidaria que es el grupo...".

4.- Técnicas operativas de intervención.

Las técnicas o procedimientos y medios que utilizamos los trabajadores sociales para hacer efectivos y operativos los objetivos, se concretan en el Programa de Atención Individual, en función de las técnicas más útiles para alcanzar los fines previstos. Estas son: observación, entrevista, encuesta (cuestionarios), técnicas grupales, técnicas de documentación.

4.1.- La observación. Es una técnica de recogida de datos para el conocimiento de una realidad social concreta. Consiste en utilizar los sentidos para observar hechos. Ha de aplicarse intencionadamente y con objetivos determinados, guiados por los datos que se quieren observar. Observar es reconocer y anotar los hechos y situaciones como espontáneamente se presenta.

4.2.- La entrevista. Es una conversación directa entre dos o más personas en la que se tiene un objetivo previo, solucionar un problema, aliviar, informar u obtener información para el estudio o investigación de un caso, etc.

A través de ella se establece una relación con el usuario y se estructura por medio de la interacción entre el trabajador social y el individuo intentando comprender y explicar la situación del entrevistado.

La entrevista es una de las técnicas que en Trabajo Social más se utiliza. Sirve para cualquiera de las secuencias funcionales y puede referirse a modelos teóricos diferentes. Cuando durante la entrevista pretendemos conocer una situación, la forma de entrevistar estará relacionada con la hipótesis previa de intervención. Es un deber ético responder a los usuarios de los servicios en base a la información compartida. El registro de entrevistas permite el conocimiento de datos

Documentos de Trabajo Social

cuantitativos.

4.3.- La encuesta y cuestionario. Siguiendo a Natalio Kisnerman, el contenido de la encuesta es el resultado de reunir, de forma sistemática, datos sobre una situación determinada, a través de contactos directos o indirectos con las personas que integran o conforman esa situación. Si una encuesta está bien planteada debe permitir codificar y correlacionar la información conseguida.

El cuestionario es un instrumento de recogida de datos que se realiza mediante la formulación escrita de una serie de preguntas que permiten estudiar el hecho que interesa a partir de verificar e investigar hipótesis formuladas previamente. La utilización de este procedimiento dependerá del tipo de información que se necesite y la precisión que queramos obtener respecto a la misma, de la población y del tamaño de la muestra a estudiar, y de la rapidez y cantidad de datos que queramos conseguir.

4.4.- Técnicas grupales. El uso de técnicas grupales de Trabajo Social es una forma práctica para solucionar problemas o realizar tareas. Se puede concebir la técnica grupal como un sistema de influencia, deliberadamente estructurado, en el cual los cambios se efectúan mediante la interacción con los demás. Las clases de cambios que se buscan pueden variar, ya que los problemas pueden localizarse en el nivel psicológico, interpersonal o

ambiental. Frecuentemente se presentan en más de uno de estos niveles que obstaculizan o paralizan el "funcionamiento" social.

El Trabajo Social con grupos de acción y la técnica de sensibilización o motivación, se pueden considerar intervenciones directas, en la que la comunicación tiene que ver con la interacción y con los procesos de influencia mutua. La dinámica de participación comunitaria es la toma de conciencia, tanto a nivel individual como colectivo de la necesidad de interacción ante los problemas sociales.

Al usar diferentes técnicas grupales hemos de tener en cuenta que:

- Rara vez se usan de forma pura.
- Hay que adaptarlas según las circunstancias.
- Hay que saber combinarlas para que sea eficaz su utilización.
- No hay que aplicarlas de forma inflexible.
- Procurar no cerrar el abanico de técnicas para no acomodarse al uso de una o dos técnicas solamente.

Algunas de las técnicas más usadas en este programa son:

- Técnica de trabajo en equipo.
- Técnica de promoción y motivación.
- Técnica de identificación y movilización de recursos.
- Técnica de información y comu-

nicación social.

4.5.- Técnicas de documentación.

La documentación es básicamente un soporte material de la información. La información y la documentación son aspectos complementarios de la comunicación. La documentación hace extensivos unos hechos, que sin ella resultan poco accesibles a los protagonistas principales, es decir, al emisor y receptor del mensaje de la comunicación que la recoge y elabora. También sirve para transmitir información a otros niveles o instancias implicadas en la atención a los problemas sociales, a la gestión administrativa para solucionarlos y a los diferentes agentes de la toma de decisiones.

En Trabajo Social individual existen algunos documentos básicos, cuyos objetivos genéricos son coincidentes, pretendiendo con ellos:

1º. Conseguir la unificación y homogeneización de los instrumentos de trabajo.

2º. Acceder a un conocimiento más riguroso de las causas y efectos, en relación a las necesidades sociales y a la comprobación de la validez de los recursos aplicados a esas necesidades.

Estos documentos son:

* **Informe Social.** El Consejo General de Colegios Profesionales de Diplomados en Trabajo Social lo define como "una síntesis explicativa,

que emite el trabajador social como resultado del estudio, valoración y dictamen para el logro de un objetivo determinado".

* **Ficha Social.** Este mismo organismo expone que se trata de un "soporte documental e instrumento de trabajo en el que se registra la información en forma susceptible de ser ordenada, entresacada y almacenada". Y a la vez plantea que "es la parte común sistematizable y cuantificable de la historia social".

* **Expediente.** Conjunto de todas las tramitaciones llevadas a cabo en un Centro de Servicios Sociales sobre el usuario y/o familia. conjunto de todos los documentos que se van produciendo en esas tramitaciones.

* **Registro de Usuarios.** Con esta ficha se pretende recoger y sistematizar una serie de datos comunes a todos los usuarios del centro, que son objeto de intervención a nivel individual. Esta ficha facilita la valoración tanto cuantitativa como cualitativa de las demandas presentadas, problemáticas detectadas y recursos aplicados durante un período de tiempo determinado (un mes), así como, el perfil de los usuarios y familias atendidas y los distintos grupos de riesgo en función de la incidencia de la problemática.

* **Ficha de Seguimiento de la Intervención.** Esta ficha es individual para cada usuario y con ella se preten-

Documentos de Trabajo Social

de por un lado, registrar toda la información relativa a la intervención de los distintos profesionales con cada uno de los casos, mientras estos permanezcan abiertos y por otro, facilitar de manera operativa tanto, el conocimiento de las problemáticas que estamos trabajando así como nuestra incidencia en ellas.

5. Los recursos en la intervención social.

Patrocinio de las Heras y Elvira Cortajarena de finen los recursos sociales "...como los medios, materiales, financieros e institucionales de que se dota a sí misma una sociedad para dar respuesta a las necesidades de sus individuos, grupos o comunidades en cuanto integrantes de ella". Se les denomina sociales no porque su uso sea colectivo, sino mas bien porque desarrollan una función social: la de satisfacer las necesidades sociales.

Estos recursos sociales tienen unas características que son importante tener en cuenta:

- Los recursos sociales son escasos y limitados, por tanto es necesario gestionarlos eficazmente.

- Dado que las necesidades no son estáticas, sino dinámicas, los recursos deben ser flexibles y adaptables a las transformaciones sociales.

Los recursos no son un fin en sí mismos, sino un instrumento de trabajo. Así pues, la abundancia de los mismos no nos garantiza la resolución de todos los problemas.

Cuando las necesidades sociales no son satisfechas, porque no hay recursos o éstos son insuficientes, se generan los problemas sociales; tanto la solución como la prevención de tales problemas, demanda recursos diversos en cantidad y calidad, de acuerdo a la magnitud y relevancia de los mismos. La satisfacción de demandas generará nuevas necesidades que requerirán nuevos recursos. La espiral que relaciona dinámica y desigualmente necesidades-recursos, se hace así infinita.

Por otro lado, en Trabajo Social, los recursos son medios indispensables de trabajo. En cualquier situación-problema, en la que como unidad de atención están involucrados individuos, grupos y comunidad en una serie de relaciones sociales, se pueden lograr determinados resultados utilizando recursos. Es importante señalar y entender que los hombres son el recurso básico esencial de toda sociedad, y por tanto son un recurso los usuarios y familias, son recursos a tener en cuenta los amigos y miembros de la comunidad y somos recursos humanos los propios profesionales de la intervención social.

La existencia de un problema

identificado conlleva la definición de la ayuda que necesita para darle respuesta; las formas de satisfacer las necesidades, o sea de solucionar problemas, serán más apropiadas unas que otras y el haber prestado una ayuda, no garantiza que la necesidad haya estado necesariamente satisfecha, solo se puede decir que la necesidad ha sido satisfecha cuando la ayuda o el servicio prestado ha ocasionado un cambio en las circunstancias, un cambio que se había propuesto y que es susceptible de medición.

Por otra parte y dado que los recursos son escasos en relación a las necesidades a cubrir, tendremos que evaluar para contrastar la eficacia de la intervención y comprobar si se está obteniendo el máximo rendimiento social de los recursos que utilizamos; a la vez que se contrasta la adecuación de los recursos a las necesidades, identificando las lagunas y los problemas primordiales no resueltos y, por tanto, obteniendo información sobre las prioridades, las respuestas que se pueden prever y la planificación de nuevos recursos puntuales.

En todo ello estarán presente una serie de criterios tales como:

- Los recursos no son una finalidad, sino un instrumento del Trabajo Social, tanto en los casos individuales, grupales y comunitarios.

- Es necesario clasificar los recur-

sos, de forma que respondan a diferentes niveles de necesidades.

- Estudiar la posibilidad de reconvertir los recursos existentes, antes de crear otros nuevos, para evitar la distribución de recursos de manera general, en vez de utilizar los necesarios para el trabajo que se lleva a cabo.

- Dirigir los recursos para completar las funciones de la propia comunidad y no para sustituirla.

- Ofrecer recursos puntuales ante las necesidades temporales o transitorias, evitando que los recursos permanente faciliten la cronificación de las necesidades.

- Potenciar los recursos de tipo no institucionalizado y que se basan más en elementos relacionales personales que en elementos materiales.

Como conclusión en este apartado me parece de interés transcribir la reflexión que Carmen Rubí aporta su artículo "El análisis de las necesidades y recursos desde la perspectiva del trabajador social".

"La competencia, el individualismo y las relaciones interpersonales y por tanto, la atención a las necesidades sociales, es difícil de abordar.

El Trabajo Social es una profesión influida por los cambios de valores y

Documentos de Trabajo Social

actitudes frente a estas necesidades. El conocerlos requieren estudiar como se concretan en cada territorio de forma descentralizada, y como se articulan las respuestas, valorando si los recursos son instrumentos de un trabajo profesional o más bien son utilizados como fines asistenciales para controlar el malestar social.

En Trabajo Social hay dos grandes líneas de acción que configuran las funciones principales. La primera tiene que ver con las personas y la atención a sus necesidades, y la segunda con movilización de recursos. Analizados de esta forma las grandes funciones que configuran el espacio profesional, es cuando se entiende el ámbito de actuación de esta unidad que configuran las personas en un sistema interrelacionado de factores externos e internos de las situaciones sociales".

BIBLIOGRAFÍA.

- 1º. Dos Documentos Básicos en Trabajo Social: Estudio de Aplicación del Informe Social y la Ficha Social. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Colección Trabajo Social, Serie Documentos. Madrid. 1.985.
- 2º. Colección Teoría y Práctica del Trabajo Social. Natalio Kisnerman y colaboradores. Nº VI. Grupo. Buenos Aires. Humanitas. Buenos Aires. 1.985. Nº VII. Atención individualizada y familiar. Humanitas. Buenos Aires. 1.986.
- 3º. Introducción al Trabajo Social. Manuel Moix Martínez. Editorial Trivium, s.a. Madrid. 1.990.
- 4º. Introducción al Trabajo Social. Carmen Rubí. EUGE. Barcelona. 1.991.

El Trabajo Social en Salud: situación actual y perspectivas.

Los días 11, 12 y 13 de Noviembre de 1.993, el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Málaga organizó unas jornadas sobre el Trabajo Social en Salud, con la finalidad de reflexionar sobre funciones, situación actual y dificultades que afronta nuestra disciplina en este área de intervención. En las mismas participaron 109 profesionales de diversos puntos de Andalucía.

Dado el interés científico y profesional que este encuentro de reflexión y estudio ha despertado, la Redacción de Documentos de Trabajo Social dedica buena parte de su monografía a exponer las ponencias presentadas en este foro.

El último trabajo que incluye la monografía, "Análisis normativo del Trabajo Social Hospitalario en Andalucía. Realidad práctica", no fue expuesto en las Jornadas, se trata de una aportación personal para profundizar en este tema específico y complementar el artículo sobre Trabajo Social Hospitalario que apareció en el Nº 0.

EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD HOY: RETOS Y ESTRATEGIAS.

Amaya Ituarte Tellaecche. Diplomada en Trabajo Social. Terapeuta Familiar. Trabajadora Social del Centro de Salud Subcomarcal de Ortuella (Vizcaya).

ESQUEMA

0.- Introducción

1.- Trabajo Social en Salud: Justificación; Definición; Formas de intervención del trabajador social en el campo sanitario.

2.- Trabajo Social en Salud: Retos y Estrategias.

3.- Consideraciones finales.

INTRODUCCIÓN.

Se han planteado como objetivos de estas Jornadas, 1) "Introducir y enmarcar teóricamente el Trabajo Social en Salud" y 2) "Reflexionar sobre funciones, situación actual y dificultades que afronta el Trabajo Social en el área de Salud en los distintos ámbitos de intervención:

- . Atención Hospitalaria;
- . Salud Mental".

Puesto que se me ha encargado la presentación de la "Ponencia - Marco" trataré de responder, en forma genérica, a los contenidos de ambos objetivos, intentando señalar aquellas cuestiones que, por más conocidas, puedan no precisar una especial dedicación y aquellas otras que, por el contrario y en las actuales circunstancias, requieren más de nuestra atención, bien por su dificultad, bien por la importancia que tienen -o pueden llegar a tener- dentro del tema que nos

ocupa.

Me ha parecido necesario, de un lado, mantener un nivel general de acercamiento a las cuestiones que vamos a tratar, ya que, posteriormente, serán analizadas por otros ponentes las cuestiones de índole más particular. Por otro lado, entiendo que una "Ponencia-Marco" debe significar sobre todo, un "Marco de Reflexión General" sobre las cuestiones a las que hace referencia.

Por tanto, en el desarrollo de la ponencia, explicaré en la forma más breve posible (por ser más conocidos, por haberse planteado en otros foros a los que los/as TT.SS. andaluces han podido tener acceso y por la existencia de publicaciones al respecto) los aspectos que tienen que ver con la fundamentación del Trabajo Social en Salud, así como los relativos a las funciones que los trabajadores/as sociales debemos asumir en el campo sanitario.

Dedicaré más tiempo, por el contrario, a la reflexión sobre nuestra actual situación en el Sistema sanitario Español (en términos generales) y a analizar los retos que, hoy en día, tenemos pendientes los/as TT.SS de Salud en España y las estrategias que es preciso plantear para tratar de responder a esos retos.

No significa esto que no considere

de la mayor importancia la cuestión de la definición de funciones y, consecuentemente, de nuestra actividad profesional específica en el campo de la Salud, pero entiendo que, en el momento presente, es un tanto más importante tratar de descubrir las razones, de diversa índole, que dificultan nuestra plena integración como trabajadores/as de la Salud, así como intentar encontrar respuestas y alternativas que hagan posible y real esa integración, de una parte y, de otra, permitan, en consecuencia, el pleno desarrollo de las funciones que nos competen en el campo sanitario.

Finalmente, no debe esperarse de esta Ponencia respuesta a cuestiones que sobrepasan, con mucho, tanto la capacidad como los atributos de una sola persona. Trataré, eso sí, de proceder a su análisis riguroso y de señalar ideas (o caminos) que permitan una reflexión en común sobre ellas.

1.- TRABAJO SOCIAL EN SALUD: JUSTIFICACIÓN; DEFINICIÓN; FORMAS DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR/A SOCIAL EN EL CAMPO SANITARIO.

*** JUSTIFICACION.**

La justificación o, si se prefiere, los fundamentos del Trabajo Social en Salud no pueden -y no deben- buscarse desde un único punto de vista, tanto

Monografías

si se trata del punto de vista del Trabajo Social como si lo es del de la Salud. Ello es así porque un sólo punto de vista, además debe de ser una forma parcial de enfrentarse al hecho que tratamos de analizar, tiene el riesgo de estar "viciado" por intereses, o planteamientos, en exceso particulares.

Hay, sin embargo, un dato extraño de la realidad, al que no podemos (ni queremos) ser ajenos: el Trabajo Social en Salud es una realidad, un hecho innegable. Ello tiene que ver con un desarrollo histórico y social determinados, a la vez con un desarrollo de las Ciencias de la salud y del Trabajo Social. Pero, en tanto desarrollo histórico en un determinado contexto, no es algo acabado en sí mismo, de una parte, ni algo que no pueda modificarse o desaparecer, de otra. Es por ello que tratar de descubrir o de desentrañar los fundamentos en los que se basa la relación Trabajo Social/Salud, o su inversa Salud/Trabajo Social, parece una cuestión primordial de cara al desarrollo de nuestra disciplina, y de nuestra profesión, dentro y en el contexto sanitario.

Iniciaremos este análisis desde dentro, es decir desde el Trabajo Social. Para ello deberemos preguntarnos, en primer lugar, ¿Qué es el Trabajo Social?.

El "Social Work Dictionary" define, en una primera acepción, el Trabajo Social como "La ciencia aplicada de

ayudar a las personas a lograr un nivel efectivo de funcionamiento psicosocial". En una segunda definición, señala la adoptada por la N.A.S.W. (Asociación Nacional de TT.SS. de Estados Unidos) que dice lo siguiente: "Trabajo Social es la actividad profesional de ayudar a personas, grupos o comunidades a mejorar o restaurar su capacidad para el funcionamiento social y a crear las condiciones sociales favorables a ese objetivo. La práctica del Trabajo Social consiste en la aplicación profesional de los valores, principios, y técnicas del Trabajo Social a uno o más de los siguientes fines: ayudar a la población a obtener servicios tangibles; proveer consejo/orientación y psicoterapia a personas, familias y grupos; ayudar a comunidades o grupos a proveer o mejorar servicios sociales y sanitarios; y participar en los procesos legislativos pertinentes. La práctica del Trabajo Social requiere conocimientos acerca del desarrollo y la conducta humana; de instituciones sociales, económicas y culturales; y sobre la interacción entre todos estos factores". (Barker, R.L.: "The Dictionary of Social Work" 2ª. Ed. NASW PRESS. Washington, D.C., 1991. Pág: 221-222).

Recientemente el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS., ha emitido un DICTAMEN en relación a la "Definición de objetivos y Funciones Profesionales de los Diplomados

en Trabajo Social y AA.SS.", en el que dice:

"El Trabajo Social en cuanto disciplina parte de una concepción del ser humano como **ser en permanente interacción con su medio** y tiene como objetivo específico las relaciones entre los seres humanos y entre éstos y su medio, especialmente los grupos y las instituciones sociales".

"La práctica profesional, consecuentemente, se centra en las transacciones entre las personas y el medio, transacciones que influyen en sus capacidades y habilidades para cumplir sus cometidos existenciales, aliviar el malestar y la angustia y realizar sus aspiraciones individuales y colectivas". (Consejo General de CC.OO. de D.T.S. y AA.SS. Madrid, septiembre 1993).

De las definiciones señaladas precedentemente, pueden extraerse algunas conclusiones:

1.- El Trabajo Social tiene, como finalidad última, la de tratar de ayudar a los seres humanos (individuos, grupos y comunidades) a lograr su máximo desarrollo psicosocial, por medio, fundamentalmente, de la mejora en las transacciones entre esos seres humanos y el medio en el que desarrollan su existencia.

2.- Consecuentemente, el Trabajo Social debe intervenir en cualquiera de las áreas que afectan a ese desarrollo

psicosocial del ser humano, en diferentes formas, pero teniendo siempre en cuenta la incidencia que cualquier área particular tiene en el conjunto del logro del desarrollo psicosocial de los seres humanos.

3.- Para ello, el Trabajo Social puede intervenir a nivel de personas, grupos o comunidades concretas (intervención directa) o a niveles más generales y de alcance más amplio, sin relación directa con la población (intervención indirecta).

De todo lo expuesto, puede concluirse que el Trabajo Social tiene una concepción "holística" o "global" del ser humano, que implica una concepción bio-psico-social de ese ser humano, en permanente interacción con su medio. Ello significa que el Trabajo Social debe intervenir, para ayudar a los seres humanos al logro de su máximo desarrollo psicosocial, tanto en los aspectos personales (biológicos, psicológicos, sociales y en las interacciones entre todos ellos) como sobre el medio (entendido en toda su amplitud: físico, social, cultural, institucional, legislativo, etc., etc.).

De ahí se desprenden, además, dos formas genéricas diferentes de intervención profesional de los trabajadores/as sociales. Una, la llamada intervención directa, que "responde en términos generales, a demandas de personas individuales, familias o

Monografías

grupos que presentan problemas diversos de índole psicosocial ... y en la que la relación entre el trabajador social y el sistema cliente (persona, familia, grupo) es un elemento significativo en el cambio de la situación". Otra, la intervención indirecta o sobre el medio, "...que no requiere de un contacto personal o inmediato entre el trabajador social y la población a la que va dirigida su intervención" y que es, sin embargo, "de la máxima importancia dentro del Trabajo Social ya que, a través del desarrollo de sus funciones, hace posible y más eficaz la intervención directa". (Documento citado del Consejo General de CC.OO. de D.T.S y AA.SS. Madrid septiembre 1993).

Todo lo señalado hasta el momento, nos permite afirmar que el área de Salud y, más específicamente, el campo sanitario, conciernen al Trabajo Social, tanto en cuanto disciplina científica como en cuanto actividad profesional.

Pero, ¿qué decir desde el punto de vista de la salud?

En primer lugar, es preciso señalar que el concepto de "SALUD es un concepto bastante indefinido, vago y, muy a menudo, confuso. Es, además, un concepto reciente, al menos en su sentido epistemológico. Ante la dificultad que encierra su definición, se ha optado por una definición de compromiso que (como sucede a

menudo con otras muchas cuestiones a las que el Trabajo Social no es ajeno) permite múltiples lecturas e interpretaciones. La O.M.S. ha definido la SALUD como "el estado de bienestar biológico, psicológico y social del ser humano". Evidentemente, esta definición precisa ser aclarada y matizada. Por otra parte, ¿en qué se diferencia esta definición de la del bienestar humano o de la que, señalada anteriormente, hacíamos de la finalidad del Trabajo Social?

Es cierto que esta definición genérica se ha matizado, por ejemplo en el sentido de señalar que la "Salud es un estado de equilibrio bio-psico-social que permite el desarrollo del ser humano en su conjunto". Sin embargo, a pesar de ciertas matizaciones, no aclara mucho la cuestión.

El profesor Hernán San Martín nos proporciona algunas ideas que permiten una apreciación más justa de la cuestión que analizamos (San Martín, H.: "Salud y Enfermedad". 3ª Ed. Reimpresión 1981. Prensa Médica Mexicana. México 1981. Págs: 3 y 11). Dice lo siguiente:

"Tradicionalmente la medicina se define como la ciencia y el arte de prevenir y curar las enfermedades".

"La ecología humana demuestra que la salud y la enfermedad no constituyen estados opuestos sino diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que vive, y que los mismos factores que fomentan esta adaptación

pueden actuar en sentido contrario produciéndose la inadaptación que constituye la enfermedad. Estos factores están contenidos en el ambiente natural, en la herencia biológica, cultural y social, en los grupos sociales". Pág.: 3).

Y más adelante:

"Una primera consecuencia de esto es que la medicina tiene que hacer tanto con la salud como con la enfermedad del individuo y de la población. En segundo lugar, el estudio de la salud y de la enfermedad no puede realizarse en el individuo, ni en la población aislados de su ambiente. En tercer lugar, la preocupación primera de la medicina, en todos sus aspectos, es el individuo considerado como un ser social más que la salud o la enfermedad consideradas aisladamente". (Pág.: 3)

Finalmente:

"El concepto de salud involucra ideas de balance y adaptación; el de enfermedad, desequilibrio o desadaptación. No puede admitirse, entonces, que la salud sea la ausencia de enfermedad o viceversa. Existe entre ambos estados una latitud mucho mayor, limitada en un extremo por la variación que llamamos enfermedad y en el otro por la adaptabilidad que llamamos salud". (pág.: 11).

Esta perspectiva ecológica que nos proporciona el Dr. San Martín, permite

extraer algunas conclusiones, de importancia operativa:

- 1.- La salud y la enfermedad no son hechos individuales, aislados y meramente biológicos, sino que están influidos por factores biológicos, naturales, sociales, culturales, etc.
- 2.- Si la salud y la enfermedad tienen que ver con el grado de adaptación de los seres humanos el ambiente en el que viven, los esfuerzos realizados para lograr una adaptación mutua (seres humanos/ambiente) mejor y más satisfactoria, redundarán positivamente en la salud tanto de los individuos como de las poblaciones.
- 3.- El concepto ecológico de salud implica un acercamiento multidisciplinar, tanto en lo referente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como en lo que tiene que ver con el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las personas (o grupos) enfermas.

Por todo ello, cabe afirmar que todas aquellas disciplinas y profesiones que tienen por finalidad tratar de ayudar a las personas y grupos humanos a lograr un mayor grado de bienestar y/o desarrollo personal, sea interviniendo sobre los aspectos personales o sobre el propio medio, están concernidas, en un grado u otro, por la salud de la población y, consecuentemente, deben ocupar el lugar que les corresponde dentro del sistema sanitario.

Monografías

De lo expuesto hasta el momento, parece que la presencia del Trabajo Social y de los trabajadores/as sociales tanto en el campo de la salud, en un sentido amplio, como en el sistema sanitario, en sentido más restringido, parece debidamente fundamentada, tanto desde el punto de vista de nuestra disciplina, como del de la Salud. A partir de esta constatación, parece preciso tratar de definir cómo puede, o debe, concretarse esa presencia.

* DEFINICIÓN.

Recojo, en primer lugar, la definición que "The Social Work Dictionary" da (pág.: 141) de lo que es el Trabajo Social Sanitario. Dice así:

"Trabajo Social Sanitario (o Médico, en la acepción en lengua inglesa): es la práctica del Trabajo Social que se produce en Hospitales y otros establecimientos sanitarios con los objetivos de facilitar una buena salud, prevenir la enfermedad y ayudar a los pacientes física o mentalmente enfermos y a sus familias a resolver los problemas sociales y psicológicos relacionados con la enfermedad. El Trabajo Social Sanitario trata también de sensibilizar al resto del personal sanitario sobre los aspectos sociales y psicológicos de la enfermedad".

Por mi parte, en una Ponencia que presenté a las I Jornadas de Trabajo Social en Salud en el País Vasco

(Bilbao, 1989) y que se publicó en el nº6 de la Revista Trabajo Social y Salud: 21-60, definía el Trabajo Social en Salud como:

"...una actividad profesional de tipo clínico que implica, de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento; y, de otro, el tratamiento (individual, familiar y grupal) de la problemática psicosocial que incide en, o está en relación con, el proceso de salud-enfermedad, siempre dentro del contexto general del tratamiento y en orden al logro de los objetivos de salud. Y que conlleva la tarea de orientar, cuando el problema así lo requiera, al resto del equipo de sanitario, así como al propio paciente y a su entorno, sobre los recursos sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de esos objetivos de salud". (Pág.: 51-52).

Vemos que existen similitudes importantes entre ambas definiciones, a pesar de haber sido realizadas en momentos distintos y en contextos diferentes (U.S.A., 1991 y España, 1989). Esto, a mi juicio, no es casual, sino que tiene que ver con el hecho de que tanto la disciplina como la práctica profesional, aquí y allí, beben de las mismas fuentes y tienen los mismos fundamentos de tipo científico y teórico.

Pero, una vez definido lo que es el

Trabajo Social en Salud, ¿podemos definir al Trabajador Social Sanitario?. Traté de hacerlo en una Ponencia presentada en las III Jornadas de Trabajo Social y Salud (Barcelona, enero 1993). Ofrezco la definición que allí daba, porque, además de que sigue pareciéndome totalmente válida, es útil de cara a una posterior delimitación de las formas de intervención profesional y de las correspondientes funciones de los TT.SS. en el campo sanitario. Es la siguiente:

"El trabajador social es el profesional que asume, dentro del sistema de Salud, la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, bien sea como aspectos que tienen que ver con el desencadenamiento de dicha situación (aspectos previos a la enfermedad, por lo tanto) bien sea como consecuencia de ella (aspectos derivados de la enfermedad)". (Publicada en Revista Trabajo Social y Salud, n.º 15).

***FORMAS DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL CAMPO SANITARIO.**

Al hablar, al inicio de esta Ponencia, del Trabajo Social en cuanto disciplina y en cuanto profesión, hacíamos referencia a la existencia de

dos formas de intervención profesional: la llamada intervención indirecta y la que conocemos como intervención directa. En el Trabajo Social Sanitario se dan -o cuando menos, son susceptibles de darse- también, ambas formas de intervención.

Tal como ya señalara en la Ponencia de las III Jornadas a la que me he referido anteriormente, una de esas formas, la que se correspondería con la INTERVENCIÓN INDIRECTA, tendría que ver "con la investigación de los factores psicosociales y con las formas de incidir en ellos de cara a la consecución de los objetivos de salud. Ello implicaría la presencia de los trabajadores/as sociales en los equipos de investigación, de planificación, de organización y de gestión de los servicios sanitarios, aportando sus conocimientos profesionales fundamentalmente en cuanto a: a) a la comprensión de la importancia real de los factores psicosociales en el estado de salud tanto de las personas individuales como en los grupos o de las comunidades más amplias; b) señalando aspectos particulares que precisen una atención especial en cada situación concreta; c) aportando sus conocimientos de intervención a nivel de individuos, grupos o comunidades de cara a programas y efectuar acciones de carácter promocional y/o preventivo; d) señalando y facilitando la coordinación con instituciones, organismos, entidades, etc., de carácter

Monografías

tanto público como privado, sanitarias o no sanitarias que pueden influir, en diversas maneras, en los mencionados factores psicosociales y en el logro de los objetivos de salud".

La INTERVENCIÓN DIRECTA, por otra parte, "estaría en relación a los problemas psicosociales que inciden en las situaciones de enfermedad, bien sea que la enfermedad se produzca como reacción a esos problemas psicosociales, bien sea que estos se produzcan a consecuencia de la situación de la enfermedad. Esta segunda forma de intervención sería, en líneas generales, una intervención de tipo clínico", tal como ha sido explicitado en la definición que propuse, en 1989, del Trabajo Social en Salud, y a la que me he referido con anterioridad.

"Ambas formas de intervención significan la aplicación práctica de la teoría, los conocimientos y las habilidades propias del Trabajo Social al logro de los objetivos de salud. La primera, con un planteamiento más general (a nivel de grupos amplios de población, según las diversas formas de sectorización de la atención en Salud) y con un alcance vasto, incide, sin embargo, no sólo en los aspectos de promoción de la Salud y de prevención de la enfermedad, sino también en los de asistencia y rehabilitación, a través de la planificación y de la organización y gestión de los servicios sanitarios". "La segunda, de alcance

más limitado, tanto en los aspectos territoriales como en los personales, si bien debe poner énfasis especial en la asistencia integral de las problemáticas psicosociales, no deja por ello de ejercer las funciones de prevención (una buena asistencia es una eficaz forma de prevención) ni de promoción, dentro de su correspondiente nivel de intervención". (Ponencia citada a las III Jornadas Trabajo Social y Salud).

Respecto a las FUNCIONES que correspondería al Trabajador Social Sanitario en cada una de estas formas de intervención son las mismas, genéricamente, que las que correspondería al trabajador social en cualquier otro campo de actuación profesional. Han sido descritas por el Consejo General en el Dictamen al que hacíamos referencia al principio de esta Ponencia y sólo sería preciso aplicarlas a la realidad concreta del trabajador social sanitario en cada situación específica.

2.- TRABAJO SOCIAL EN SALUD: RETOS Y ESTRATEGIAS.

En la exposición precedente, he tratado de fundamentar el Trabajo Social en Salud, tanto desde el punto de vista del propio Trabajo Social como desde el punto de vista de la Salud. Esta fundamentación, nos ha dado lugar a definir qué es el trabajador social sanitario y cuáles serían las posibilidades de intervención de éste

(y las funciones de ello derivadas) en el campo sanitario.

He afirmado, además, casi al inicio de esta exposición, que el Trabajo Social en Salud es una realidad, un hecho innegable. Sin embargo, si analizamos con cierta profundidad lo que hemos definido como Trabajo Social sanitario, las formas de intervención que hemos señalado y las funciones que hemos mencionado y comparamos todo ello con la realidad de la práctica profesional, es probable que tengamos que reconocer que hay algo que no encaja, que hay una discrepancia importante entre lo que, teóricamente, afirmamos ser y hacer y lo que, realmente, hacemos en nuestra práctica cotidiana.

En la existencia de esa discrepancia radican, a mi entender, muchas de las dificultades que los trabajadores/as sociales encontramos para nuestra plena integración en los servicios y en los equipos de salud. Tratar de responder y analizar a qué y cómo se produce y cómo podría evitarse, nos permitiría, tal vez, ir encontrando el camino para nuestra plena integración profesional como trabajadores/as sanitarios. A ello dedicaremos las reflexiones que siguen.

A diferencia de la fase precedente, iniciaremos esta vez el análisis por el campo de la Salud, por el sistema sanitario. Ciertamente, no puede, éste,

ser un análisis exhaustivo ni excesivamente profundo, pero sí lo suficientemente como para permitirnos comenzar a entender y, en consecuencia, poder empezar a modificar algunas cosas.

Hemos partido de la definición de Salud de la O.M.S. y hemos tomado, para entender el por qué del Trabajo Social en Salud, una perspectiva ecológica de la Salud. Sin embargo, aunque en teoría el Sistema de Salud español se base en estos conceptos, en la práctica se encuentra muy mediado por diversos motivos: entre ellos, podemos señalar la existencia de otras concepciones de Salud; la aplicación de criterios de índole extra-sanitaria tanto en la toma de decisiones sobre como debe desarrollarse el sistema, cuanto en la planificación, organización y gestión de los servicios sanitarios; la colisión entre diferentes intereses profesionales de los miembros de estamentos y profesiones sanitarias; las dificultades económicas que afectan a todos los ámbitos de la vida (tanto de las personas como de las instituciones) y que hacen que, a menudo, las decisiones se tomen en función de criterios economicistas más que de criterios económicos propiamente.

Estos que hemos señalado, entre otros varios, son algunos de los motivos que están dificultando nuestra integración en el campo sanitario. Procedemos a analizarlos brevemente.

Monografías

En primer lugar, nos hemos referido a la existencia de otras concepciones de Salud. Y, fundamentalmente, a la que considera la Salud como una enteología y, consecuentemente, centra su interés en la enfermedad, a la que entiende como un hecho biológico, básicamente individual y susceptible de ser tratado por medios especializados que, específicamente, posee un determinado tipo de profesional: el médico. Esta concepción, muy vigente aún hoy en día (y no sólo entre los médicos) niega importancia a la incidencia de los aspectos psicosociales, ambientales, etc., en la situación de la salud-enfermedad y niega, consecuentemente, la posibilidad de que otros profesionales no médicos (a excepción de los enfermeros, a los que consideran como auxiliares del médico) puedan intervenir en los procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes. Con algunas excepciones, consideran que esos otros profesionales pueden ejercer, bajo la dirección de los médicos, ocasionalmente, tareas de promoción y, en menor medida, de prevención.

Desde esta concepción, el Sistema de Salud se reduce a su mínima expresión: el enfermo, que precisa ayuda para curarse y/o salva su vida y el médico, que es quien está en posesión de los medios para curarle y, finalmente, tratar de salvarle la vida.

Aunque así explicado parezca

caricaturesco, a pesar de los esfuerzos formales por parte de las autoridades sanitarias para modificar el Sistema, este tipo de actitudes, concepciones y esquemas de funcionamiento (mental y real) sigue estando todavía muy presente en la sanidad española. Coloca al médico en una posición superior, como poseedor del conocimiento y garante de la salud del paciente y a éste, en más posición de paciente (de tener paciencia, de dejar hacer pasivamente) y de desconocedor de lo que le sucede que de persona, por más problemas que pueda tener. Creo que hay dos modelos, diferentes en apariencia, pero muy similares en el fondo, que ilustran a estos personajes: respecto de los médicos, uno sería el viejo y querido "médico de cabecera", siempre preocupado por la salud de sus pacientes y de sus familias, dispuestos a dar un consejo sobre cualquier tema que le sea consultado, pero que no puede comprender que, a menudo, esos temas que se le consultan son la verdadera enfermedad de sus pacientes, a los que siente tan suyos y por los que siente tan genuina preocupación, que no puede permitirles que se ocupen de su salud: eso es algo que le compete, casi en exclusiva, a él.

El otro modelo, tan distinto en apariencia, sería el del médico superespecializado, tan alejado de sus pacientes, a los que sólo ve -y siente- como el órgano enfermo que es objeto de su competencia. Tanto en

una como en otra situación, al enfermo se le coloca -y, muy a menudo, se coloca él mismo, muchas veces con la ayuda de sus allegados- en una situación totalmente pasiva, en la que tienen que confiar en el médico, que no sólo sabe lo que le pasa sino que conoce, también, la mejor forma de devolverle la salud perdida. A este modelo podríamos denominarlo "Sistema de Enfermedad", en oposición a lo que sería (debería ser) un "Sistema de Salud".

La aplicación de criterios de índole extra-sanitaria en la toma de decisiones y en los distintos aspectos que hacen al funcionamiento del Sistema de Salud, es otro de los motivos que he mencionado. No es posible entrar, en el contexto de esta ponencia, en estas cuestiones, pero baste señalar, por ser algo de todos conocido, que me refiero, entre otras posibles, a las motivaciones políticas, de tipo electoral, oportunistas, etc., etc., que impiden tanto una adecuada planificación sanitaria, como la gestión del propio Sistema ya establecido.

La colisión entre los intereses profesionales de los diversos estamentos profesionales implicados en el Sistema de Salud, es otro aspecto a tener en cuenta. Los profesionales sanitarios (incluyendo, por supuesto, a los trabajadores/as sociales) no son en absoluto ajenos a las luchas de poder, de prestigio,... y a sus consecuencias

en el orden económico, que se dan en otros sectores de actividad profesional.

La definición de uno u otro sistema, la priorización de un tipo de actividades u otras, el sistema de responsabilidades y de jefaturas, las formas de acceso a esas responsabilidades y jefaturas, y un largo etcétera, son otras de tantas cuestiones que se suscitan permanentemente en el campo sanitario y que producen, generalmente, respuestas de tipo corporativo, dificultando de esta manera, si no impidiendo totalmente, la consecución de objetivos que exigen la colaboración abierta y desinteresada, de profesionales de diferentes disciplinas, especialidades y categorías.

El "Borrador de Bases para la Ordenación de las Profesiones Sanitarias", de abril de este año, que trata de sentar las bases que "regulan las profesiones sanitarias en lo relativo al ejercicio profesional, a la estructura general de la formación de los profesionales y a la carrera de los mismos" (Base Primera: objeto de la Ley, punto 1) no parece dar adecuada respuesta a este tipo de problemas.

Me refería, finalmente, a los problemas económicos que la Sanidad, igual que el resto de los sectores, sufren en nuestro país. Sin embargo, el problema no está tanto en la carencia de recurso económicos (con ser muy grave), sino

Monografías

en la mala distribución y utilización de los recursos de los que se dispone. Además, en lugar de utilizar criterios de tipo económico, que implican la ordenación y racionalización tanto de los recursos (personales, materiales, financieros) como del gasto, se utilizan criterios de tipo economicista, es decir criterios de rendimiento monetario y de ahorro puramente económico. Evidentemente, un Sistema de Salud que presta cobertura a la inmensa mayoría de la población, que emplea miles de trabajadores/as, que precisa de múltiples recursos de todo género y que, consecuentemente, genera un gasto de muchos miles de millones de pesetas anualmente, precisa -debe- funcionar con criterios económicos (sin lo cual, el sistema necesariamente se colapsaría en un plazo, más o menos largo, de tiempo). Pero criterios económicos y criterios monetarios no son, en absoluto, términos semejantes. El problema se agrava, naturalmente, cuando son esos criterios monetarios los que informan la toma de decisiones tanto sobre las políticas sanitarias como sobre la organización y la gestión del Sistema de Salud.

Un pequeño ejemplo que puede darnos alguna luz sobre lo que acabo de exponer: Es sabido, y está comúnmente aceptado, que un buen sistema de Atención Primaria de Salud que permita la atención de la población en su propio contexto, que implique no sólo la asistencia y la rehabilitación de la población enferma, sino, especial-

mente, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con equipos bien dotados, multidisciplinarios y que requieren medios materiales no especialmente costosos, conlleva una menor necesidad de atención por parte de los especialistas, por un lado, y una menor necesidad de ingresos hospitalarios. En términos económicos esto significa: un mayor logro de los objetivos de salud; una mejora sustancial en el bienestar de la población; una mejor ordenación de los recursos; y, finalmente, un menor coste en términos relativos (es decir, teniendo en cuenta coste/calidad de servicio). En términos monetaristas (es decir, exclusivamente monetarios) probablemente supone un coste excesivo, ya que implica, fundamentalmente, la inversión en forma permanente en gastos de personal (capítulo I en los Presupuestos), y en gastos de formación y reciclaje de ese personal. Por el contrario, la compra de medios sofisticados de diagnóstico, aunque pueda suponer un gran desembolso, puede ser distribuida a lo largo de los años en que tales medios estén en condiciones de uso, con lo que, en apariencia al menos, es más barato. Como la concepción monetarista no se preocupa de otros aspectos, esta es la respuesta más idónea desde ella.

Los aspectos que acabo de mencionar son, evidentemente, bastante más complejos que lo que yo he señalado. Un análisis más profundo está fuera del alcance no sólo de esta ponencia,

sino, que requiere del concurso de expertos en diferentes disciplinas y áreas del conocimiento. Si embargo, aunque muy someramente, he tratado de acercarme a algunos de los problemas de los que adolece el sistema sanitario en este momento. Desde este punto de mira, lo expuesto es, si no la realidad, una parte de esa realidad que configura lo que denominamos el Sistema de Salud.

Queda patente, sin embargo, me parece, a través de este breve análisis que la realidad del Sistema en el que tratamos de integrarnos plenamente como profesionales, no tiene mucho que ver con el sistema -teórico- que nos había servido como marco de referencia y que, teóricamente una vez más, es también el marco de referencia del Sistema.

Quedarnos sin embargo, con esta conclusión, señalando al Sistema de Salud y a sus deficiencias, por más reales que sean, cómo únicos responsables de los problemas que los trabajadores/as sociales sanitarios tenemos sería, además de muy poco riguroso, excesivamente cómodo. Porque algo tendremos que ver nosotros/as con lo que nos pasa, después de treinta años de presencia en el campo de la sanitario.

Es cierto que los trabajadores/as sociales españoles entramos en el Sistema Sanitario casi "por la puerta

de atrás". Eso significa que, en los años sesenta, cuando empezamos a ejercer en este campo, lo que se esperaba de nosotros/as y, por consiguiente, lo que se nos pedía, era que resolviésemos los graves problemas de tipo administrativo que una población no cubierta de forma adecuada por el Sistema de Salud, planteaba a éste. Ello tuvo que ver con la ubicación, incluso física de los Hospitales, en el área administrativa generalmente y separados completamente de todo lo que tuviera que ver con la atención sanitaria y clínica de los pacientes.

Sin embargo, han pasado casi treinta años desde entonces y los trabajadores/as sociales, al menos en teoría, han ido accediendo a otras posiciones y a otras funciones no sólo en los Hospitales, sino en los demás sistemas de la red sanitaria pública.

A pesar de ello, a pesar de la instauración del Sistema Público de Servicios Sociales (que, a pesar de todas sus deficiencias, es hoy una realidad), las funciones ejercidas por una amplia mayoría de trabajadores/as sociales sanitarios (incluidos los que más recientemente se han incorporado) apenas han cambiado. En muchos Hospitales, en muchos Centros de Salud Mental, en muchos Equipos de Atención Primaria, etc., etc., los trabajadores/as sociales siguen, hoy, ejerciendo como única actividad profesional la tramitación de recursos

Monografías

y de servicios sociales. En otros muchos, si bien no es ésta la única actividad que realizan, es una de las que ocupa una gran parte, si no la mayor, de su tiempo laboral.

Ciertamente, tampoco las razones de esto pueden hallarse en una única causa. Ciertas inercias en el sistema de Salud, junto a un anquilosamiento en los trabajadores/as sociales, podrían ser algunos de los motivos que lo expliquen. No sólo ellos, sin embargo: no podemos dejar de añadir, en este momento, la responsabilidad de los Órganos representativos de los trabajadores/as sociales españoles, así como de las Escuelas Universitarias de Trabajo Social. Los primeros, en tanto que al haber (a lo largo de la pasada década, sobre todo) apostado por el Sistema Público de Servicios Sociales, obviaron todos los demás sistemas de protección y la labor de ellos de los trabajadores/as sociales y colaboraron (aún a su pesar) a crear un cierto, pero grave y extendido, confucionismo entre lo que es el Trabajo Social (y, por ende, los Trabajadores Sociales) y lo que son los Servicios Sociales y, en ellos, la actividad profesional específica de los trabajadores/as sociales. Se creaba, así, un peligroso paralelismo entre Trabajo Social y Servicios Sociales. Peligroso, en primer lugar, porque la disciplina quedaba desprovista de contenidos y de significado; en segundo lugar, porque la práctica profesional se veía también dañada, ya que en el confucionismo reinante

cualquier trabajador de los Servicios Sociales podía autodenominarse "trabajador social". (Esto no es alarmismo, sino, desgraciadamente, la constatación de una realidad).

Respecto de la responsabilidad de las Escuelas, aunque diferente, creo que no es menor. Responsabilidad que se concreta en los Planes de Estudios, de los que desde finales de los 70 y en toda la década pasada, desaparecieron prácticamente todas las materias que, en una u otra forma, tenían que ver con la Salud. (Recuerdo que hablo en términos generales, ya que las excepciones, muy loables, no hacen, en este caso, si no confirmar la regla). De esta manera, los trabajadores/as sociales que han terminado sus estudios en estos años, de un lado, poco sabían acerca de la práctica profesional en otros campos diferentes a los Servicios Sociales y, en el caso que nos ocupa, en el campo sanitario. Y, lo que me parece aún mucho más grave y de aún más dramáticas consecuencias, estaba particularmente desprovistos de herramientas que les permitieran un tipo de actividad profesional diferente al de tramitar recursos o servicios. (Lamentablemente, hasta la actividad en los Servicios Sociales parece limitarse a ello, habiendo obviado -¿olvidado?- la atención psicosocial que es el rasgo definitorio de la intervención del trabajador social en cualquier campo de actividad).

Sin embargo, los trabajadores/as

sociales que ejercemos en el campo sanitario, en toda su diversidad y complejidad, somos la minoría más mayoritaria, sólo superados en número, probablemente, por los que ejercen en los Servicios Sociales (este es un dato común a los trabajadores/as sociales en todos los países: más de la cuarta parte de ellos ejercen directamente en el campo sanitario, y casi una tercera parte están involucrados, en una u otra forma, en aspectos que tienen que ver con la Salud). A pesar de ello, hemos asistido impasibles a los hechos que vengo de mencionar. ¿Por qué?

No voy a responder al interrogante que acabo de plantear, porque no poseo la, o las, respuesta/s al mismo. Sí puedo, no obstante, plantear alguna hipótesis al respecto: una posible primera hipótesis, podría ser que los trabajadores/as sociales sanitarios no tenemos suficientemente claro en qué debe consistir nuestra actividad profesional en el campo en el que ejercemos profesionalmente; otra hipótesis tendría que ver con algo que es común y tradicional entre la población española, la falta de "compromiso" con la propia actividad profesional, lo que conlleva la actitud de que una vez terminada la jornada laboral se terminó todo lo que tiene que ver con el trabajo (formación, reciclaje, supervisión, etc., es decir, aquellas cuestiones que permiten una mejora profesional, no en el escalafón); otra

posible explicación vendría dada por la escasa motivación a participar en movimientos asociativos de tipo profesional, salvo en situaciones muy especiales (normalmente de tipo reivindicativo). Ninguna de estas posibles hipótesis podría explicar por sí sola la "impasibilidad" a que me refería, pero si se combinan unas con otras tal vez puedan acercarnos a la respuesta que buscábamos.

Todas estas cuestiones que estoy planteando, nos llevan a hablar de los retos que se nos presentan si pretendemos seguir ocupando un lugar relevante en el campo sanitario.

* RETOS.

A través de la exposición precedente, hemos tratado de hallar la justificación del ejercicio de nuestra profesión en el campo sanitario. Hemos constatado, además, que es una realidad práctica. Pero hemos visto también que el Sistema, para funcionar adecuadamente, por un lado y para poder asegurar su funcionamiento futuro, por otro, debe tener en cuenta criterios económicos. Y esos criterios significan, entre otras cosas, que debe existir una correlación entre los recursos que se utilizan para una determinada actividad y los beneficios (no necesariamente, ni únicamente, monetarios, recuerdo) que de ella se obtiene.

Tales criterios económicos implican,

Monografías

pues, criterios de idoneidad profesional, es decir, que cada profesional haga en cada momento aquello para lo que su profesión le capacita y en la forma más adecuada para lograr los objetivos que se persiguen, en nuestro caso los objetivos de Salud.

Sólo en la medida en que esa premisa se cumpla, es justificable la presencia en el Sistema de unos y otros profesionales. En épocas de expansión, el Sistema tiende a una mayor flexibilidad, pero en épocas de recesión se exige absolutamente que se demuestre la utilidad, normalmente por medio del cumplimiento de objetivos.

A pesar de la teoría, como recordaba hace unos meses en San Sebastián el Profesor Miguel Miranda, o los trabajadores/as sociales demostramos que tenemos algo importante, profesionalmente hablando, que ofertar en y al campo sanitario o, más o menos pronto, seremos -aunque sea en forma "sibilina"- excluidos de él.

Estas consideraciones debieran ser tenidas en cuenta cuando hacemos planteamientos del tipo "departamento de Servicios Sociales del Hospital", o cuando nos dedicamos, en cuerpo y alma, a orientar, tramitar, etc., acerca de prestaciones sociales y nos limitamos sólo -o casi- a ello. Cuando no somos capaces de ser útiles a los médicos con los que trabajamos para atender una situación de stress deriva-

da o en relación a una enfermedad, cuando no aportamos aquellos aspectos del diagnóstico psicosocial que podría permitir no sólo un mejor diagnóstico médico, sino un plan de tratamiento más adecuado, o cuando no somos capaces de asegurar el tratamiento psicosocial de un paciente y/o de su familia, y no nos queda más remedio que derivarlo a otras instancias (normalmente, a los servicios de Salud Mental, o a los Servicios Sociales, o a servicios ajenos al Sistema de salud).

La cuestión de la orientación, información y tramitación de recursos o servicios es especialmente grave por dos motivos: en primer lugar, porque muchos trabajadores/as sociales sanitarios creen, todavía hoy, que es su función primordial, y en segundo lugar, porque ello entra en contradicción directa con los principios económicos a los que nos hemos referido con anterioridad: en efecto, ese planteamiento supone, de un lado, dedicar personal -recursos, por lo tanto- de dos sistemas distintos de protección social, a una misma actividad y a lograr los mismos objetivos, lo que es claramente antieconómico. De otro, porque se supone que el Sistema de Salud debe dedicar sus recursos al logro de los objetivos de Salud y que, consecuentemente, la actividad principal de los profesionales de ese sistema debe ser la atención a los problemas de salud de la población a la que presta servicio. Esto no significa que

en ocasiones y como parte de la intervención social psicosocial el trabajador social no deba orientar, informar, tramitar, ... Pero ello debe ser la excepción y no la regla de comportamiento.

Se me dirá que, a menudo, es el propio sistema el que no permite -o dificulta, a veces- la realización de otro tipo de tareas. Ello es cierto sólo en parte, ya que, desde luego, en la medida en que no demos nuestra capacidad para hacer "otras cosas" se nos seguirá demandando lo mismo. Pero en tanto en cuanto seamos capaces de demostrar que sabemos hacer aquello que la teoría dice que debemos hacer, ese otro tipo de actividades y de funciones se nos irán reconociendo sin duda alguna, fundamentalmente porque los demás profesionales saben que eso es lo que necesitan de nosotros/as. Sin ninguna duda, habrá profesionales entre los presentes que podrán corroborar esta afirmación.

Esto nos lleva a una cuestión fundamental: el reto de la formación. Formación, en primer lugar, en los años académicos, pero que tiene que ser, después, continuada. Formación, en primer lugar, en Trabajo Social y en las formas de intervención del trabajador social, que explicábamos al principio de la ponencia. Desde luego, no es lo mismo que vayamos a ejercer a un

nivel indirecto, o que lo hagamos en atención directa a la población, Formación, en segundo lugar, en Ciencias de la Salud, ya que es el campo en que nos desempeñamos. Finalmente, formación en aquel aspecto o campo específico en el que trabajamos. Aunque la formación básica en Salud y en Trabajo Social sea igual, no es lo mismo trabajar en Salud Mental, que en un servicio de Oncología, o en un departamento de Maternidad, pongamos por caso.

Hay otro aspecto más que se nos plantea como un reto: si consideramos que el Trabajo Social en Salud tiene la suficiente entidad dentro del conjunto de la realidad profesional, tendremos que buscar las formas de mostrar nuestras opiniones y de hacernos oír, para poder ser tenidos en cuenta, en los órganos profesionales (Colegios, Consejo General, etc.).

Estos son algunos de los retos que hoy tenemos planteados, en un momento importante en todos los aspectos (en el específicamente sanitario cuando se están estudiando las Bases para la ordenación de las profesiones sanitarias; en el del Trabajo Social, cuando se está debatiendo la cuestión de la Licenciatura, especialidades, etc., etc.; en el académico, cuando las Escuelas Universitarias, por una parte, están

Monografías

ultimando sus proyectos docentes y cuando desde diversas Facultades, escuelas, etc., se crean cursos - masters, expertos, ...- de formación post-graduada y/o especializada).

Lo que no digamos nosotros/as acerca de lo que pensamos, de lo que esperamos y de lo que queremos en relación a nuestra profesión y a nuestro campo específico, nadie lo dirá por nosotros/as. Lo que nosotros/as no hagamos, nadie nos lo hará. Esto nos lleva a la cuestión de las estrategias.

* ESTRATEGIAS.

La primera y más fundamental de las estrategias es la que denomino "Formación, Formación, Formación". Es prioritaria, porque de ella se deriva directamente la posibilidad de acceso a las demás.

En primer lugar, FORMACIÓN PRE-GRADUADA, en la que se tenga en cuenta la importancia que para los trabajadores/as sociales en general, tiene el conocimiento de aspectos relacionados, por lo menos y entre otros conocimientos de Ciencias de la Salud, con la Salud Pública, con la Epidemiología y con la Psicopatología. Unido al estudio práctico de la intervención profesional en el campo sanitario en general y en servicios específicos dentro del mismo, con la posibilidad de realizar

prácticas en ellos.

Junto a esto, la formación en las diversas formas de intervención profesional, presentado especial atención a las que tienen que ver con la práctica directa y, consecuentemente, con la atención psicosocial y de tipo clínico.

En segundo lugar, la FORMACIÓN POST-GRADUADA Y/O DE ESPECIALIZACIÓN, hoy en día sin reglar. Habría que conseguir la posibilidad de que los trabajadores/as sociales que desean especializarse en Salud, puedan acceder a una formación especializada, bien vía universitaria, bien vía sistema sanitario, o entre ambas. Habría que estudiar la posibilidad de un sistema de "Internado", al estudio del MIR, PIR, etc., o alguna alternativa en este sentido.

En tercer lugar, la FORMACIÓN PERMANENTE Y CONTINUADA, que tendría que ir en dos sentidos distintos aunque complementarios: de una parte, la formación específica en cuanto a las formas de intervención del trabajador/a social ante los problemas de salud; de otra, la formación, con el resto de los miembros de los equipos, en los aspectos relativos al tipo o tipos de problemas a los que atienden. (Esto, por supuesto, tiene aplicación tanto en el caso de dedicarse a la intervención directa,

como a la indirecta).

Un buen sistema de formación permanente y continuada lo proporciona la supervisión, tanto si se trata de supervisión específica en Trabajo Social, como si se trata de la supervisión de un equipo multidisciplinar, que trabaja con unos mismos objetivos y con métodos similares.

La formación continuada junto con los demás miembros de los equipos ofrece la gran ventaja de que acerca la comprensión entre unos y otros y las correspondientes disciplinas, facilitando un lenguaje común, elemento imprescindible para el trabajo en equipo, de una parte, y para el trabajo en un campo tan complejo como el sanitario, de otra.

Una segunda estrategia, tiene que ver con el cambio de actitudes y en las prácticas profesionales. Tenemos que empezar a hacer Trabajo Social en Salud y dejar de hacer "Servicios Sociales en Salud". Esto significa un crecimiento profesional, no en el sentido de un profesionalismo a ultranza y trasnochado, sino en el sentido de la responsabilidad que como profesionales del Trabajo Social nos compete y que, como ya hemos dicho, tiene que ver, fundamentalmente, con la atención a los factores psicosociales que inciden en la Salud, así como el tratamiento de

los problemas psicosociales que se producen en relación a/con las situaciones de enfermedad. (Este proceder sería, por otra parte, igualmente beneficioso a los trabajadores/as sociales que ejercen en los Servicios Sociales).

La tercera estrategia que me sugiere todo cuanto acabamos de analizar, tiene que ver con el uso de las posibilidades asociativas, bien sea de asociaciones de trabajadores/as sociales sanitarios, de asociaciones multi o interdisciplinares, de la representación de los Colegios Oficiales como grupos organizados, de la representación en el Consejo General, etc. En términos generales, del uso de aquellas posibilidades (hoy algunas son ya realidades, aunque tal vez no las aprovechemos debidamente) asociativas que nos permitan hacernos oír y entender en los foros correspondientes.

Probablemente, de la discusión de los grupos de trabajo se derivarán nuevas y más ricas -más posibles- estrategias. Mi intención, sin embargo, no era en modo alguno agotar el tema (algo, por lo demás, fuera del alcance de mis posibilidades) sino tratar de responder al desánimo que, a menudo, se apodera de nosotros/as y nos hace pensar que no hay nada más que hacer. Sí quedan cosas, y cosas importantes, por hacer, y deben empezar, en primer lugar, por un cambio de nuestras

Monografías

propias actitudes. Dejar de considerarnos víctimas, para comenzar a tomar en nuestras manos las riendas de nuestro desarrollo profesional (eso que, tantas veces, explicamos -a menudo con éxito a nuestros pacientes-)

3.- CONSIDERACIONES FINALES.

No voy a exponer unas "conclusiones" pues entiendo que son los profesionales presentes quienes tendrán que establecer aquellas que les parezcan más correctas, no sólo a partir de esta ponencia sino de las otras ponencias y, especialmente, del trabajo de los grupos. Sólo ese tipo de "conclusiones", nacidas del análisis y de la reflexión, pueden, además, tener alguna utilidad.

Voy a recoger, sin embargo, algunas ideas que me parece responder -y encierran- lo más importante de lo que he tratado de exponer, basándome para ello en lo que "The Encyclopedic Of Social Work" dice acerca del Trabajo Social en Salud. Las expongo libremente y en el orden que me ha parecido más conveniente. Son las siguientes:

- Los trabajadores/as sociales necesitan para la práctica en el campo sanitario los mismos conocimientos genéricos y prácticos que para cualquier otro campo.

- Sin embargo, en el campo sanita-

rio, los servicios que ofrece el trabajador social están afectados inevitablemente por la estructura y el programa en que se ofrecen y requieren la adaptación y la especificación de las habilidades de los trabajadores/as sociales al logro de las metas y objetivos de salud y a la comprensión de la compleja estructura organizativa del sistema sanitario.

- Para comprender las necesidades del paciente en el sistema sanitario, el trabajador/a social debe comprender la naturaleza de la enfermedad y considerar una multitud de factores psicológicos, sociales y fisiológicos que tienen que ver con las causas de la enfermedad y con el cuidado de los pacientes.

- Los factores etiológicos no son siempre simples y claros y el trabajador/a social debe apreciar que la adaptación a la enfermedad no es sólo una cuestión de personalidad individual, además de examinar la interacción entre el desarrollo físico y psicológico, el profesional sanitario debe prestar atención al sistema familiar, aspectos étnicos, culturales y status socioeconómicos. Las actitudes y valores del contexto de ayuda a los pacientes y del sistema de soporte (familiar, social,...) afectan también a la forma como el o la paciente toleran la enfermedad.

- El trabajador/a social sanitario está

necesariamente envuelto en un enfoque multidisciplinario de cuidados al paciente, colaborando con médicos, enfermeras y otro personal sanitario y ofreciendo conocimiento y experiencia.

- Los trabajadores/as sociales sanitarios deben estar familiarizados con el moderno vocabulario sanitario.

- La creciente necesidad de servicios de los trabajadores/as sociales en el campo sanitario es un producto de los cada vez más complejos problemas sociales y económicos que rodean la enfermedad y del creciente número de pacientes y familias que necesitan ayuda para luchar contra el impacto de la enfermedad, la hospitalización y los cuidados post-hospitalarios.

- La atención en Salud es actualmente reconocida como una especialización dentro del Trabajo Social... En el mismo sentido, empieza a emerger subespecialidades en el Trabajo Social Sanitario...

(The Encyclopedia Of Social Work, Págs.: 710-712. NASW Press. New York, 1991)

En esta batalla es en la que estamos presentes. Espero que estas Jornadas nos sirvan a todos/as para avanzar en el mejor sentido. **!Muchas gracias!**

ATENCIÓN PRIMARIA: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO.

Dolores de Pedro Herrera. Diplomada en Trabajo Social.
Cruz Videgain Más. Diplomada en Trabajo Social. Trabajadora Social del Centro de Salud "Arrabal" de Zaragoza. Profesora Asociada de la E.U.T.S. de Zaragoza.

ESQUEMA.

- 1. INTRODUCCION.**
- 2. EL TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**
- OBJETIVOS.**
- 3. MARCO DE ACTUACIÓN.**
- 4. FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL.**
- 5. DIFICULTADES DEL TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

INTRODUCCION.

El Real Decreto 137/1.984 sobre Estructuras básicas de Salud y la Ley General de Sanidad 14/86 del 25 de Abril fueron, como todos conocemos, el marco legal y punto de partida del desarrollo de los Centro de Atención Primaria en nuestro país. Se trataba fundamentalmente de una asistencia sanitaria, que incorporaba nuevos conceptos de salud integral al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad; se tenían en cuenta no solo acciones encaminadas a la curación de sus enfermedades y rehabilitación de las mismas, sino también a la promoción de su salud y a la adquisición de una adecuada educación sanitaria. En ningún otro nivel de atención, tanto social como sanitario se tenía la oportunidad de captar situaciones de riesgo para el individuo, con repercusión manifiesta en su salud, (hábitos nocivos, problemas familiares, problemáticas con repercusiones manifiestas o potenciales en la infancia y en la ancianidad, etc.), y por tanto, canalizar los esfuerzos hacia una acción preventiva y rentable.

En la convención de Alma Ata en 1.978 ya se definía a la APS, como primer eslabón en la atención continuada de salud. Como planteamiento general, se tenía en cuenta el binomio salud/enfermedad con una preocupación prioritaria por el bienestar biológico, psicológico y social del ser

humano. Surgía así la necesidad de plantear nuevas políticas de salud alejadas del concepto meramente biologista, con profesionales que llevaban a cabo un trabajo aislado como respuesta a la demanda de individuos que habían enfermado, y que eran tratados como meros sujetos pasivos.

En esta nueva concepción de la salud se incorporan nuevos elementos, la participación de los usuarios, sanos y enfermos, y el trabajo en equipo, definiéndolo como "asociación no jerarquizada de personas con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es, proveer en cualquier ámbito a los individuos y familias la atención más integral de salud posible", (O.M.S. Working Group, 1.973). Este equipo interdisciplinar sociosanitario estaría compuesto por médicos, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares, etc.

Si bien esta última década ha sido determinante, el desarrollo de la reforma sanitaria en APS ha sido desigual. La diversidad autonómica con sus características específicas, (autonomías con diferentes competencias en sanidad, según hubieran accedido al modelo autonómico a través del art. 151 o del 143 de la Constitución, o la simple elección de diferentes modelos, etc.), han configurado un mosaico desigual que seguramente tendríamos que analizar indivi-

dualmente.

Estamos en un momento importante y crítico. Todavía no se ha generalizado la reforma sanitaria en atención primaria. La coyuntura económica ha generado una involución en las perspectivas del estado de bienestar.

En estas circunstancias, hemos de incidir en la situación especialmente difícil de los profesionales del trabajo social que llevamos a cabo nuestro trabajo en APS., muchos comparten dos o varios equipos, y lo que es aún peor, todavía sin consolidar totalmente nuestra tarea profesional en los equipos, comienzan a ponerse en marcha nuevos Centros de Salud prescindiendo de nosotros.

Por todo lo expuesto, nuestra aportación no quiere quedarse meramente en la definición de unas actividades que casi todos conocemos, queremos que vaya más allá y que en los grupos de trabajo en los que, a no dudar, se hablará de nuestras dificultades, puedan surgir elementos de análisis, de confrontación y de diálogo que nos permitan buscar estrategias válidas para reforzar nuestro trabajo en atención primaria de salud. Esta es una de las razones más importantes de estar hoy aquí con vosotros.

EL TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. OBJETIVOS.

. El bienestar social, la mejora de la calidad de vida, la promoción de la

plena autonomía de los individuos, grupos y comunidad en la resolución de necesidades, a través de una participación activa y responsable.

. El fomentar la toma de decisiones autónomas y la responsabilidad del individuo respecto a su salud.

. Analizar los factores psicosociales con repercusión en la salud/enfermedad del individuo.

. Aportar una dimensión comunitaria al EAP.

MARCO DE ACTUACIÓN.

Estará inserto en la política sociosanitaria de su comunidad autónoma y/o institución, a través de:

Trabajo en equipo:

A pesar de que en estos momentos somos considerados como unidades de apoyo, el encuadre del trabajador social debe ser siempre el de un solo equipo de APS con el que participará en todas y cada una de las actividades que éste desarrolle, asistencia, investigación, docencia, EPS., participación comunitaria, etc.

Planificación/gestión:

Integrado en la Dirección de Atención Primaria, y como técnico con responsabilidades en programación y participación comunitaria.

Como técnico de apoyo para los trabajadores sociales de los equipos.

Coordinación:

.Es importante la que se ha de llevar a cabo con los componentes de los EAPS.

.La establecida con los trabajadores sociales de otros equipos en:

-comisiones de formación continuada

-comisiones de documentación, contacto con otras autonomías, programas de salud, etc.

.Con la coordinación designada por la Dirección de Atención Primaria.

.Con los servicios sociales ubicados en la zona de referencia, servicios sociales municipales, de base, INSER-SO, etc., llevando a cabo una acción conjunta, no jerarquizada, que permita acometer proyectos y actividades conjuntas con un máximo aprovechamiento de recursos.

.Con los otros niveles sanitarios, (especialidades, Inspección Médica, Hospital, etc.).

.Con instituciones y servicios con ámbito en la acción social.

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL.

Estarán encaminadas, a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención al individuo/familia para ser sujetos activos de su recuperación y de su rehabilitación.

Asistencia:

Se llevará a cabo a través de la atención directa individuo/familia por demanda del propio interesado/s o por derivación de otros profesionales, médico, enfermero, otros niveles sanitarios o de la propia comunidad/instituciones.

La derivación a consulta del trabajador social se establecerá:

-en los programas de adultos, siempre que existan factores sociales que incidan negativamente en la salud y el paciente acepte la derivación.

-en los programas de infancia, adolescencia, la derivación se llevará a cabo siempre que se presuma/conozca situación de riesgo para el niño/joven.

La asistencia podrá efectuarse en el propio centro de salud o domiciliariamente, de forma espontánea o programada, pudiendo realizarse por uno o varios componentes del equipo, si existe necesidad de interconsultas.

Investigación:

El trabajador social ha integrado su disciplina a los programas establecidos. Para ello ha participado en los grupos de trabajo que, habiendo realizado una priorización de los problemas existentes en cada uno de las áreas estudiadas, infancia, juven-

Monografías

tud, adolescencia, mujer, 3ª edad, le ha permitido establecer su valoración y actividades específicas integradas en la programación, y participar, conjuntamente con el EAP, en la implantación, y posteriormente en su evaluación.

Por reseñar alguno de los más significativo haremos constancia a:

- .Programa del lactante
- .Programa del niño 2-7 años
- .Programa de cuidados paliativos
- .Programa de salud mental
- .Programa del adulto/anciano
- .Programas intersectoriales/interinstitucionales

Otro de los apartados importantes son los estudios de investigación conjuntos, por la importancia que conlleva para el afianzamiento de nuestra profesión, que nos permite participar/publicar estudios interdisciplinarios o específicos del trabajo social en APS, (ponencias, comunicaciones, etc.)

A pesar de estos avances, consideramos importante seguir profundizando en esta línea de trabajo, dada la gran importancia que en el campo sanitario tiene la utilización de técnicas e instrumentos metodológicos poco empleados en otros campos de investigación en el trabajo social, cuestionarios, escalas de valoración de problemática social, etc.

Docencia:

.participación en la formación continuada del EAP en materia de trabajador social (sesiones clínicas y bibliográficas)

.participación en cursos y seminarios específicos de trabajador social

.alumnos en prácticas de trabajador social

.formación post-grado a MIR, a través de rotación en consulta de trabajador sociales

.cursos de formación continuada para profesionales de los equipos

Educación para la salud:

La participación en actividades de EPS es, sin lugar a dudas una de las más importantes a desarrollar por los equipos y aún no se han conseguido unos niveles satisfactorios. La promoción de la salud es un tema prioritario y sin embargo ha quedado reducido a la desarrollada en el ámbito asistencial, muchas veces a una población desmotivada para efectuar cambios en sus hábitos de salud, dejando otros campos en los que la tarea podría encuadrarse en un marco más adecuado, (demandas de población especialmente interesada), a través de una atención interdisciplinar.

En el campo comunitario muchos programas adolecen todavía hoy de una falta de análisis de situación, esto permitiría adecuar los contenidos en EPS a las verdaderas necesidades de la población; en este estudio previo, el trabajador social sería una pieza clave.

Su participación aportaría el conocimiento de las carencias / necesidades de la zona, a través de la metodología y técnicas de investigación más adecuadas, cuestionarios, trabajo de campo, conocimiento de la realidad social de la zona en la que se desarrolla la tarea profesional, etc.

También intervendría conjuntamente con las comisiones de EPS en:

.captar/motivar a entidades comunitarias, colegios, guarderías, asociaciones vecinales para llevar a cabo proyectos específicos.

.trasladar las inquietudes/iniciativas de la comunidad al EAP y al Consejo de Salud.

.participar en proyectos que el EAP, Consejo de Salud, intersectoriales o de grupos motivados, etc.

.programar, informar, participar y evaluar los proyectos de EPS.

Formación:

Como profesionales integrados en un equipo interdisciplinar, deberemos tener acceso a los cursos adecuados para un mejor conocimiento del campo en que llevamos a cabo nuestra actividad, el sanitario, cursos de epidemiología, salud pública, salud mental, educación para la salud, trabajo en equipo, relaciones interpersonales, programación y evaluación, control de calidad, etc., además de los específicos de trabajo social.

Es importante también, la formación continuada a través del propio equipo, sesiones clínicas, monográficas, bibliográficas que nos amplían el campo profesional y nos facilitan el trabajo conjunto.

Evaluación y registro:

A pesar de ser los profesionales de los EAPS que cuentan con un mayor adiestramiento y motivación hacia el trabajo en equipo, hemos de tener, si esto es posible, otras ambiciones al respecto. Durante mucho tiempo hemos defendido nuestra parcela "social", sin darnos cuenta que esto nos aísla y dificulta una tarea en común, hablamos de un equipo interdisciplinar, con marcadas diferenciaciones de los equipos multiprofesionales hospitalarios.

Algunas experiencias nos permiten afirmar que la unificación de documentación, historias, clínicas/sociales, en una carpeta común, facilita el trabajo en equipo y la visión global de la salud, el interconsultas es más fluido, aunque siga siendo informal.

Bien es cierto que esta forma de trabajo comporta nuevos retos, podemos evaluar y ser evaluados a su vez por otros profesionales, algo que nos plantea la unificación de criterios y la profundización en temas poco suscitados hasta la fecha cómo: qué y cuanta información vamos a dar o registrar en

Monografías

las historias sociosanitarias, cómo informaremos al paciente sobre esta forma de trabajo y, a su vez, cómo respetaremos aquellos aspectos que él no permita reflejar.

Pensamos que a pesar de los inconvenientes que seguramente comporta esta forma de trabajo, merece la pena proseguir en esta línea, dando respuesta a problemas de ética profesional que muchas veces obviamos, obsesionados por cuestiones metodológicas, que, teniendo su importancia, son absolutamente secundarias.

Es un tema importante a debatir. Quedarían en consulta del trabajador social únicamente la ficha social, planillas estadísticas y de registro de actividades, etc. la documentación del paciente pasaría a engrosar su historia sociosanitaria, posibilitando, a nuestro parecer, una verdadera integración de lo social y lo sanitario.

NIVELES DE INTERVENCIÓN.

Individual/familiar:

1ª Fase.- En esta fase básicamente se informa, orienta y gestiona al individuo/familia sobre prestaciones y recursos incluidos en el ámbito socio-sanitario, que le permitan mejorar su situación, derivándolo a los centros/instituciones adecuados, en caso pertinente.

.recursos sanitarios/sociales:

pensiones no contributivas, salario de inserción social, ayudas de urgente necesidad, ayudas familiares, de 3ª edad, mujer, infancia, juventud, minusválidos, etc.

.prestaciones de Seguridad Social: ILT, pensiones invalidez, vejez, viudedad, etc.

La universalización de la sanidad pública posibilita el acercamiento de esta información a una población que, en muchas ocasiones, tiene dificultades de acceso por cualquier otra vía.

2ª Fase.- Cuando la situación requiere una intervención conjunta del EAP. Tiene como objeto el fomento de la salud, la prevención y adaptación a la enfermedad, y el apoyo y reinserción de los individuos a la sociedad.

.problemática familiar, (separación, ciclos vitales) toxicomanías, paro, malos tratos, enfermedad crónica/terminal, discapacidades, problemática con repercusión en la infancia/adolescencia, ancianos en riesgo, minorías étnicas, etc.

Grupal:

Es importante llevar a cabo un análisis de los factores sociosanitarios que inciden en grupos determinados ubicados en las zonas de salud, que, por sus características específicas, son considerados de riesgo. También:

.fomentar grupos de autoayuda,

asesorándoles para facilitar el asociacionismo y su reinserción social, (familias afectadas por patologías crónicas, discapacitados, oncológicos, obesos, depresivos, etc.)

.participar en actividades con grupos de riesgo, (minorías étnicas, familias con malos hábitos de salud, etc.)

El procedimiento de intervención será siempre en equipo, con actividades de pequeño grupo/educación para la salud, etc., con una metodología activa/participativa.

Comunitario:

La OMS define la participación comunitaria como "Proceso en virtud del cual los individuos/familias asumen responsabilidades en su salud, conociendo mejor su situación y así siendo capaces de su propio desarrollo en lugar de beneficiarios"

El trabajador social será NEXO de unión entre el equipo de salud/comunidad, y nunca asumirá sólo la participación comunitaria.

Las actividades a realizar por el trabajador social:

.elaborar diagnóstico social zona a través de:

-inmersión en la realidad social, (consulta/demanda)

-estudio de los factores medioambientales, geográficos, socio-sanitarios, culturales históricos, asocia-

tivos, etc.

-estudio del rol que la propia comunidad se asigna, (configuración, relaciones entre grupos/personas clave, conflictos, dinámica existente, etc).

.elaborar guía de recursos sociosanitarios/zona

.informar a la población sobre:

-programas

-proyectos

-derechos/deberes usuarios

-recursos

-actividades específicas del trabajador social y del equipo

.planificar/poner en marcha/evaluar proyectos intersectoriales

.captar, motivar a entidades/grupos para llevar a cabo actividades de EPS.

.trasladar al equipo cualquier iniciativa de la comunidad y viceversa.

.establecer una coordinación con todas las asociaciones/instituciones y redes sociales existentes.

.participar activamente en las actividades comunitarias promovidas por el EAP

.captar agentes de salud

.potenciar el voluntariado social.

.evaluar el grado de satisfacción de la población, etc.

.elaborar un fichero de recursos/zona salud.

Consejo de Salud:

Aún reconociendo que el Consejo de Salud ha representado un importante logro en la participación comunitaria, queremos dejar constancia de una

reflexión sobre el tema.

La realidad en nuestro país es de una exigua participación comunitaria, incluyendo el campo de la salud, uno de los que más preocupan a la sociedad española, en esta afirmación algunos sociólogos, como Anne M. Wiedmayer(1) lo achacan, entre otras causas, a la resistencia de los profesionales sociosanitarios al cambio, a la dicotomía de intereses de los EAPS y de la comunidad, y también a un desarrollo de los sistemas de salud por actividades en lugar de sistemas de salud orientados por problemas.

El Consejo de Salud, como todos conocemos, es el órgano de participación comunitario. Su configuración, a pesar de algunas experiencias satisfactorias, no consigue la absoluta representatividad de la comunidad, por no haber posibilidad de inclusión de algunos grupos que, por su trayectoria y su dinamismo habían sido elementos clave en ella. Esta situación hace que la actuación de los Consejos sea, en muchas ocasiones, un cauce artificial de participación comunitaria, al que además hay que añadir falta de atribuciones y de recursos.

Nuestras actividades en el Consejo de Salud estarán encaminadas en un principio a su puesta en marcha, integración en las comisiones de trabajo, informativas a la población, de educación sanitaria, programas de participación comunitaria promovidos

por el propio Consejo, Jornadas y cursos de formación, de evaluación, del grado de satisfacción de los usuarios etc. y serán siempre realizadas conjuntamente con los profesionales sociosanitarios con representación en el Consejo de Salud, aunque, por nuestra formación, metodología, y el contacto periódico que mantenemos con instituciones y redes sociales de la zona de salud, somos los miembros del EAP más intensamente implicados.

DIFICULTADES DEL TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Son bastantes las dificultades con las que nos hemos ido encontrando a lo largo de esta década, muchos de ellos, son los mismos que han atravesado los equipos, pero existen otros específicos de nuestro colectivo y circunstancia.

La falta de afianzamiento de la reforma sanitaria en general, sin una consolidación clara de la atención primaria de salud y la coyuntura económica que nos hacen atravesar momentos difíciles, en los que se tiende a una exclusión de "lo social".

La carencia de trabajadores sociales en órganos de decisión, junto con un desigual desarrollo de la A.P. en las distintas autonomías.

**DEL TRATAMIENTO SOCIAL Y SANITARIO DE LOS
ENFERMOS A LA OPTIMIZACIÓN DEL HOSPITAL.**

Dolors Coloms Masfret. Jefa del Servicio de Trabajo Social del Hospital General de Manresa. Profesora de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Barcelona.

ESQUEMA.

- I. El Trabajo Social Hospitalario acorde a los tiempos actuales.***
- II. Antecedentes de Trabajo Social en el Hospital.***
- III. Principales diferencias entre el servicio de Trabajo Social de la atención primaria de salud y la atención hospitalaria.***
- IV. La financiación: elemento base de las nuevas formulas.***
- V. La intervención por programas: el último salvavidas.***
- VI. Algunos programas sociales en el hospital general de Manresa.***
- VII. Conclusión.***
- VIII. Bibliografía.***

I.- EL TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO ACORDE A LOS TIEMPOS ACTUALES.

Paralelamente a la idea que algunos profesionales sanitarios tienen de que los problemas sociales de los enfermos que tratan no son de su incumbencia, surgen nuevas tendencias que apuestan por el tratamiento simultáneo de los problemas sanitarios y sociales. Tal y como demuestran algunos estudios, las dificultades sociales de las personas hospitalizadas representan una de las causas, aunque no la única, de la mala utilización de los hospitales, considerados en estos momentos uno de los recursos públicos más caros. Si se tiene en cuenta la difícil situación económica que los servicios sociales y sanitarios están atravesando desde finales de 1.992, se hace patente la exigencia de procesos adecuados y resultados satisfactorios.

Los enfermos dados de alta de los hospitales de agudos no pueden ser abandonados a su suerte al regresar a casa puesto que todos los recursos, técnicos, humanos, económicos, etc. invertidos en la eficiencia, es la bandera que en la década de los noventa los analistas se esfuerzan en mostrar, la coherencia en las acciones para alcanzarla debe ser su asta. Las características de determinados grupos de población-usuarios de los hospitales, a priori implican necesariamente el tratamiento social que obviamente,

debe quedar en manos de los trabajadores sociales hospitalarios y no de otros profesionales, que lo único que van a conseguir, independientemente de su simpatía, es enmarañar y complicar las gestiones que de cada caso se deriven.

Aunque una persona siempre ingresa en el hospital por un problema de salud, como persona que es, trae consigo una multitud de circunstancias particulares que paralelamente al proceso de enfermedad requieren atenciones profesionales específicas. No tratar dichas circunstancias, ya sea por ignorancia o falta de previsión puede desencadenar en graves consecuencias tanto sanitarias como sociales, y en últimos extremos de salud pública. Cuando el control de costes, muchas veces, se convierte por encima de la salud en el objetivo prioritario para la mayoría de las organizaciones hospitalarias, los profesionales y sus cometidos tienen un importante papel que jugar.

La visión reduccionista que hasta ahora ha medicalizado cualquier intervención orientada a mejorar la salud de una población ha sesgado y minimizado la importancia de otras variables y profesiones tan importantes como las propiamente biológicas. Esta posición devalúa los resultados que se vayan a obtener puesto que obvia la cultura y recursos propios de las personas basando la existencia en la

más pura materia orgánica.

Sería pecar de ingenuo dejar a un lado las nuevas tendencias que están convirtiendo a los hospitales en instituciones gestionadas como empresas, y pensar que su buena marcha, tal y como se ha mencionado, puede basarse solo en la buena voluntad de los profesionales. El viejo dicho de "renovarse o morir" ha llegado al trabajo social hospitalario, eternamente cuestionado tanto por los otros profesionales sanitarios y determinadas direcciones de los centros, como por algunos trabajadores sociales de atención primaria. Para que el trabajo social hospitalario tenga administrativa y políticamente justificación, cabe implantar sistemas de información y monitorización que permita a sus profesionales el análisis completo de los procesos sociales en los cuales intervienen y de los resultados obtenidos, diferenciando aquellos que le son directamente imputables de los que no.

La crisis afecta a todos, pero en Medicina y Enfermería, se ha avanzado mucho en el control de los resultados y en la definición de los medios precisos para alcanzarlos. El Trabajo Social Hospitalario no queda exento de este influjo y por tanto al igual que las otras disciplinas de su entorno inmediato, debe integrar a su quehacer diario técnicas de control de gestión que le permitan identificar lagunas y deficiencias en los procedimientos y en los productos o servicios resultan-

tes. En estos momentos el enfoque está en el proceso, en el estudio de las situaciones pero en muy pocas veces se tienen en cuenta los resultados, variable a partir de la cual se puede determinar la calidad y eficiencia de la intervención. El trabajador social como promotor de recursos sociales debe analizar los procesos para identificar los déficits, pero también debe participar e impulsar aquellas estrategias humanas y materiales que contribuyen a alcanzar los objetivos, en el caso que nos ocupa, de salud.

Aunque el ingreso en un hospital siempre debe darse por causas médicas, estas no pueden aislarse del resto de situaciones sociales, problemáticas o no, puesto que son las que permanecen cuando la persona ha superado la fase aguda de la enfermedad y ya puede regresar a su casa. Todo ello implica progresar en técnicas propias de intervención y evaluación social. Cabe garantizar la eficiencia de las actuaciones durante y después del proceso de curación evitando las resquebraduras actuales.

De tiempo en tiempo, el trabajo social hospitalario se ha visto como una actividad imprescindible aunque últimamente en ocasiones resulte políticamente imposible renunciar públicamente a él. Así el desarrollo del Estado de Bienestar y la influencia de otros países, tanto comunitarios como norteamericanos, ha potenciado la inclusión de trabajadores sociales en

las plantillas de los hospitales, insistiendo en que muchas veces algunas direcciones vean su papel de forma dudosa y cedan más por razones políticas que por conocimiento de su labor. Esta situación justificaría la falta de proyecto y descontrol respecto al trabajo social hospitalario por parte de algunas administraciones, que pretendiendo tener en plantilla a dichos profesionales, en la práctica se espera de ellos que cubran los vacíos provocados por la compartimentación y delimitación de funciones de las otras disciplinas, las cuales, con un cuerpo profesional más amplio son capaces de ejercer más presión y consecuentemente perjudicar la intervención social difuminando los resultados.

Así mismo, tendencias ideológicas de las últimas décadas han hecho dudar de la necesidad de ubicar a dichos profesionales dentro de los hospitales. Las escuelas por su parte promoviendo un currículo basado en la idealización de la atención primaria sobredimensionando su papel obviaron el Trabajo Social Especializado. Dicha idealización convirtió al Trabajo Social Especializado en un Trabajo Social de "segunda".

II. ANTECEDENTES DE TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL.

La primera plaza de Trabajo Social Hospitalario la creó el Dr. Richard Cabot del Massachusetts General

Hospital de Boston. El motivo, era promover la existencia de un profesional para estudiar los aspectos sociales de los enfermos que atendía puesto que según el mismo afirmó: "muchos de los tratamientos que prescribía, fallaban por problemas extensos al propio tratamiento".

En España y concretamente en Catalunya los primeros gerentes de hospitales o "asilos municipales reconvertidos", contrataron a los trabajadores sociales para resolver el problema generado por la ocupación indefinida de las plazas, ocupadas generalmente por personas ancianas, enfermas y sin recursos económicos. Estos inicios sin duda han marcado la evolución de la profesión y en general, la mala incorporación de los trabajadores sociales dentro de los organigramas institucionales.

III. PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y LA ATENCION HOSPITALARIA.

Por supuesto que son muchas las diferencias existentes entre la atención primaria y la atención hospitalaria pero las que afectan más la intervención de los trabajadores sociales son los siguientes:

A. Los hospitales son instituciones que concentran gran cantidad de personal,

de aparataje sofisticado y funcionan las 24 horas del día, cada día durante todo el año. Esto los convierte en el recurso público más caro. El consumo de estancias por problemas sociales puede definirse como una situación fraudulenta.

B. En los hospitales la atención es total y completa pero siempre por un período muy corto de tiempo. La reducción del tiempo de hospitalización es una realidad imperante en todos los hospitales. No tener en cuenta la situación social de determinados grupos conlleva una mala planificación del alta y muchas veces el reingreso.

C. Es el hospital donde surgen la mayoría de los problemas sociales puestos de relieve por la enfermedad y es desde el hospital desde donde hay que iniciar el tratamiento social para responder eficientemente en el momento del alta. El alta no debería retrasarse por gestiones extrahospitalarias, lo cual sin una relación horizontal resulta prácticamente imposible.

D. A diferencia de la Atención Primaria, en el hospital se atiende generalmente a las personas que, descartando cualquier tipo de accidentes, por su cuenta acuden a urgencias del hospital o a su médico de cabecera.

Aunque parezca una perogrullada, esta circunstancia delimita la población a atender. Los trabajadores

sociales hospitalarios pueden tratar problemas sociales de las personas que acuden al hospital, pero no pueden hacer absolutamente nada para el resto de las que no acuden a dicha institución. En muchos casos la prevención social debería empezar en el hospital puesto que la población está claramente definida.

IV. LA FINANCIACION: ELEMENTO BASE DE LAS NUEVAS FORMULAS.

Decir que el sistema social está en crisis no es decir nada nuevo, pero apuntar que esta crisis puede ser la base de la reforma y modernización de las estructuras de bienestar social permitiendo mejorar los resultados, puede parecer social-ficción. Los cambios que ha provocado la nueva manera de financiar los hospitales hace que progresivamente todos los directivos se replanteen, legítimamente, como reducir costes, como conseguir más invirtiendo menos. La concertación previa de la actividad médica permitiendo un máximo de estancias medias por servicios médicos, en la práctica cuestiona la independencia de los profesionales sanitarios frente al logro de la salud, puesto que tal y como se ha dicho, en el último extremo serán las capacidades y posibilidades de la familia quienes determinarán el alta.

El desarrollo del Estado de Bienestar favorece parcialmente la contrata-

ción de trabajadores sociales hospitalarios. Sólo parcialmente porque la crisis de estos últimos años hace tambalearse muchos programas sociales que justo estaban empezando. La situación general dentro de los hospitales podría definirse como "pan para hoy y hambre para mañana" puesto que no garantizar la cobertura social de los enfermos incrementa los costes pero no los beneficios. Lamentablemente gastar más tampoco es sinónimo de mejora en la salud.

Desgraciadamente, todavía se sigue viendo como única finalidad del trabajador social hospitalario la de buscar "recursos" para hacer efectiva el alta de aquellas personas con problemas para volver a su casa. Otra particularidad es que la mayoría de los trabajadores sociales no han recibido un encargo específico en el momento de su contratación por lo que cada uno ha orientado su intervención según le ha parecido. La falta de formación en Trabajo Social Hospitalario puede convertir al servicio en una sucursal de la atención primaria. Esta falta de diferenciación en los cometidos perjudica enormemente al espíritu original de esta disciplina que si no incorpora urgentemente estrategias en su intervención se verá abocada a la desaparición. La atención ineficiente e insuficiente ha marcado la última década llegando hoy a sus últimos extremos puesto que económicamente resulta insostenible y por tanto a falta

de resultados objetivables imposible de justificar y mantener.

V. LA INTERVENCIÓN POR PROGRAMAS: EL ULTIMO SALVAVIDAS.

La frecuencia de determinadas situaciones difíciles de superar en determinados grupos, permite establecer a priori un listado de criterios que sirvan de referente para la intervención social.

La intervención a demanda no responde a la tan aclamada universalización de los servicios. La intervención a demanda limita la cobertura de la población tributaria de la atención sanitaria y social, marginando a las personas que por desconocimiento no solicitan ayuda.

Desde un punto de vista organizativo, la intervención a demanda provoca por una parte la falta de provisión y por la otra dificulta la programación de actividades propias del servicio, puesto que, nunca se sabe en que momento la persona o profesionales tomaran conciencia de que existe un problema social, ni cuando decidirán acudir al trabajador social.

Si el hospital atiende a una población definida y delimitada ¿porqué no adelantarse a los problemas que con toda probabilidad estadística surgirán y requerirán la intervención social?.

VI. ALGUNOS PROGRAMAS SOCIALES EN EL HOSPITAL GENERAL DE MANRESA.

Sería injusto no reconocer el importante impulso que la dirección actual está dando a los programas sociales dentro del hospital, impulso respaldado por los resultados del servicio.

En estos momentos, y en todos los hospitales, el soporte de la dirección es vital. Si la dirección no asume su papel y no atiende el área social del hospital, a los trabajadores sociales les va a resultar muy difícil, aunque no imposible, alcanzar el estatus deseado.

A. EL PROGRAMA DE LA PLANIFICACION DEL ALTA HOSPITALARIA.

La planificación del alta es un proceso multidisciplinar y centralizado, a través del cual los profesionales establecen un plan de trabajo y se adelantan a los problemas que el enfermo y su familia tendrán que superar al regresar a su casa.

El Programa de la Planificación del Alta cubre aspectos asistenciales y preventivos a la vez.

B. EL PROGRAMA DE ATENCION A DOMICILIO DEPENDIENTE DEL HOSPITAL (PAD).

Este programa complementa al de alta y depende jerárquica y funcional-

mente del Servicio de Trabajo Social del hospital. Esta es nueva fórmula que evita el consumo de estancias a causa de la gestión de la atención a domicilio con la atención primaria. El PAD facilita el soporte material y humano necesario para que las personas regresen a su casa con las necesidades cubiertas. Para garantizar la rotación del PAD tiene un carácter temporal que se planifica con la propia familia y el enfermo. Aquellos casos que requieren un seguimiento más largo, se derivan a la atención primaria cuando el enfermo ya lleva un tiempo en su casa. Esto permite actuar sin presiones por dar el alta hospitalaria, puesto que la persona se encuentra en su domicilio y mejora la calidad de la información de base, más real que la que se da cuando el enfermo se deriva directamente desde el hospital.

VII. CONCLUSIÓN.

El avance del Trabajo Social Hospitalario solo será posible si primero se reconoce a los enfermos como personas y no como órganos. Mientras esto no suceda hablar de atención integral es una falacia.

Alcanzada esta previa teoría, y prácticamente como en las demás disciplina, dependerá de la capacidad y formación de los profesionales el ser capaces de mantener los logros alcanzados.

BIBLIOGRAFÍA.

1.- Institut Municipal d'Investigació Mèdica. IMIM. "PROYECTO DE EVALUACION DE LA ADECUACION HOSPITALARIA. Hospital del Mar. Barcelona 1.990.
2.- CABOT, R. "Ensayos de Medicina Social. La función de la visitadora a

domicilio". Ed. Calpe. Madrid 1.981
3.- PADULA, C. Segundas Jornadas de la Asociación Europea de Trabajadores sociales de la Salud. Madrid, Octubre de 1.991.
Terceras Jornadas de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Barcelona, Enero de 1.9931. SOBRE LO QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN SITUACIONES DE CRISIS

Isabel Ramírez de Mingo. Diplomada en Trabajo Social y Licenciada en Psicología. Profesora Titular de Trabajo Social en la E.U.T.S. de la Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN.

La autora expone los elementos conceptuales básicos que integra la intervención profesional en crisis. Analiza los aspectos básicos del enfoque racional del problema, la forma de proveer recursos, el proceso metodológico de la relación asistencial, así como las tareas y actividades que el trabajador social deberá realizar para atender situaciones de crisis.

Muchas de las personas que acuden al trabajador social se enfrentan a situaciones de tensión, malestar, a los que no pueden hacer frente con su mecanismos habituales de ajuste y defensa. Se encuentran temporalmente incapacitados para responder efectivamente a la situación, han perdido el equilibrio original y presentan cierto grado de desorganización en su funcionamiento social.

LA PERSONA (VARIABLE A).

Nos encontramos que en este proceso aparecen tres factores cruciales:

-Las capacidades con que cuenta la persona para responder a las demandas de su medio social.

-Las oportunidades o recursos que le ofrece su medio para satisfacer esas necesidades.

- Cómo se moviliza la persona, respondiendo a valores como la aprobación social, la salud, etc..

Dependiendo de la interacción de estos tres factores la persona puede recobrar el equilibrio original, puede mejorar en su funcionamiento social o puede sufrir algún deterioro.

La capacidad se refiere al concurso de todos los recursos externos que la

persona necesita para hacer frente al problema.

En estas situaciones, algunos de los recursos se perciben como restrictivos e incapacitantes.

La motivación comprende aquello que la persona desea y cuánto lo desea, y viene determinado por sus valores y objetivos inmediatos. Ripple (1964).

Los factores principales que intervienen en la motivación para el cambio son el malestar con la situación presente y la esperanza de progreso en su futuro previsible.

El grado de esperanza, así como la expresión de malestar pueden sumarse para dar como resultado la apreciación que hace la persona de la situación.

Cuando la persona percibe la situación como un reto, puede anticipar una solución satisfactoria, su esperanza es alta y se dispone a hacer frente al problema.

Cuando la persona percibe la situación como una amenaza, teme un fracaso, la esperanza disminuye y se torna en angustia.

Cuando la situación se percibe como pérdida, la esperanza llega a un grado más bajo y la persona tiende a resignarse y mostrarse apática.

Monografías

LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL. (VARIABLE B).

La ayuda que podemos ofrecer, debe caracterizarse esencialmente por:

1. Una relación de apoyo
2. Un enfoque racional del problema
3. Provisión de recursos y oportunidades sociales.

Estas son las tres variables seleccionadas para describir empíricamente el tipo de servicio profesional. Una relación de apoyo.

La cualidad de la relación del trabajador social con la persona, cobra un significado particular en estas situaciones. La persona necesita sentir que alguien se preocupe por ella y desea ayudarle para contrarrestar sus sentimientos de impotencia, de soledad o abandono. Esta relación se caracteriza:

- a) Una participación compartida en la solución del problema.
- b) Respeto y comprensión del trabajador social ante las reacciones y sentimientos de la persona.
- c) Expresiones realistas de confianza en la capacidad de la persona y en los recursos ambientales para resolver el problema.
- d) Sentimientos de esperanza fundamentados en cuanto a soluciones

favorables previsibles.

e) Un balance adecuado en cuanto al grado de dirección y protección que ofrece el trabajador social y el grado de autonomía para la acción de la persona. A menor grado de motivación y capacidad en la persona mayor debe ser el apoyo y la dirección que recibe del trabajador social. A medida que aumenta su capacidad y motivación, mayor debe ser su autonomía para la acción. De esta manera, la relación de apoyo que se propone habrá de promover crecimiento emocional e intelectual en la persona y no de una independencia incapacitante.

ENFOQUE RACIONAL DEL PROBLEMA.

Es decir, una apreciación realista del suceso precipitante, así como de otros factores que podrían haber contribuido a desencadenar un estado temporal de desorganización en el funcionamiento social de la persona.

Es necesario, además, valorar las aptitudes de la persona y la relación con personas significativas, la accesibilidad a recursos ambientales y las consecuencias de los diferentes caminos de acción previsible.

PROVISIÓN DE RECURSOS EXTERNOS.

El trabajador social debe facilitar el mejor uso posible de recursos ambientales e institucionales, mediante actividades dirigidas a:

a) Procurar y fomentar el apoyo de familiares, amigos y otras personas significativas.

b) Reforzar las relaciones personales positivas y desalentar aquellas que se consideran restrictivas.

c) Aumentar e intentar mejorar, los recursos ambientales y hacer accesibles en las personas los existentes.

d) Ayudar a la persona a luchar contra fuerzas ambientales incapacitantes. Noriega (1971).

En este tipo de servicio, como puede observarse, la acción del trabajador social está orientada a la ejecución de tareas o actividades específicas:

1. Discusión lógica del problema. Identificar el problema, diagnosticando sus posibles causas y soluciones. Examinar la relación entre la situación actual y el funcionamiento social previo de la persona.

2. Parcialización. Descomponer el problema en sus diferentes componentes a fin de obtener unidades manejables del mismo, estableciendo prioridades.

3. Ensayo. Intentar anticiparse a la realidad, predecir posibles consecuencias, para que la persona se prepare emocionalmente e intelectualmente, mediante ensayo de la realidad futura.

4. Refuerzo positivo. Reconfortar a la persona para que se vaya animando y vaya viendo que se puede hacer para enfrentarse a sus problemas.

5. Confrontación. Compulsar sobre ideas, sentimientos o acciones de si misma que puedan estar socavando los esfuerzos por solucionar el problema.

6. Uso controlado de la autoridad profesional. Manejar el tiempo debidamente, hacer recomendaciones, ofrecer consejo, con miras a ayudar a la persona a sobreponerse a su confusión mental y colaborar con ella en la solución de sus problemas.

7. Modificación ambiental. Intervenir directa o indirectamente con recursos ambientales, institucionales, familiares o personas significativas, con miras a aumentar las oportunidades sociales de la persona para resolver el problema.

RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES PROPUESTAS.

Las líneas entrecortadas en el diagrama B indican las relaciones más destacadas entre el tipo de ayuda

Monografías

propuesto y las necesidades de la persona.

1. La relación de apoyo persigue aumentar la motivación para el cambio, disminuyendo la angustia, la desesperanza y la sensación de abandono que puede sentir la persona (B-A).

2. El enfoque racional, va dirigido a aumentar la capacidad y contrarrestar la confusión cognoscitiva y aumentando la capacidad para relacionarse (B-A).

3. La provisión de recursos aumenta las oportunidades, procurando apoyo de personas significativas y aumentando el uso de recursos e instrumentos sociales (B-A).

Las relaciones entre las diferentes variables, también podría apreciarse tomando como base las técnicas de intervención propuestas.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

ADROER, S. Bases psicodinámicas de la relación asistencial. EUTS.Barcelona. 1.984.

ALVIRA, F. Métodos y técnicas de investigación social.Alianza. 1.986.

BINGHAM,W Y MOORE,S. How to interview. 1.945.

BLEGER, I. Temas de Psicología.Nueva Visión. Buenos Aires. 1.971.

CURNOCK, K. Towards practice theory:skill and methods in social assements. Routledge and Kegan Paul, London, 1.979.

EIDELBERG,L. Enciclopedia del psicoanálisis

FREUD,S. Totem y tabú, obras completas, VIII, Rueda editor.Buenos Aires. 1.953.

HAMILTON,G. Teoría y práctica del Trabajo social de casos.Prensa Mejicana. 1.953.

HUTTEN,J. Short term contracts in social work. Rutledge and Kegan Paul. London. 1.977.

IBÁÑEZ,J. Más allá de la sociología: el grupo discusión.Siglo XXI.Madrid. 1.986.

KLEIN,M. Nuestro mundo adulto y sus raíces en la infancia.Paidós.Buenos Aires. 1.977.

PEREZ,S. Observación de sujetos.Paidós.- Buenos Aires. 1.981.

Mc KNIGHT,J. Servicios profesionalizados y asistencia. Blume. Madrid. 1.981.

MOUSTAKI,E. A discusión and application of terms en Psychotherapy with families. Routledge and Kegan Paul Ltd. London. 1.980.

NORIEGA,C. A model of social work intervention in crisis.Ohio University. 1.971.

RIPPLE,L. Motivation, capacity, opportunity. Universidad de Chicago. 1.974.

ROSSELL,T. La entrevista en el Trabajo Social. EUGE. Barcelona. 1.989.

SALZBERGER-WITTENBERG. La relación asistencial: aportaciones del psicoanálisis kleniano. Amorrortu. 1.970.

SANDLER,J. El paciente y el analista. Universidad de Barcelona. 1.980.

THAYER,R. Com mesurar les necessitats en els serveis socials. Generalitat. Barcelona. 1.983.

TIMMS,N,and R. Perspectives in social work. Routledge and Kegan Paul.London. 1.977.

TIZON,J. Nueve tesis sobre la organización de unos dispositivos comunitarios de salud mental. 1.983.

TIZON,J. Apuntes para una psicología basada en la relación. Hogar del libro. Barcelona. 1.988.

TOWLE,Ch. El trabajo social y las necesidades humanas básicas.Mejico. 1.973.

WINNICOTT,D. El niño y el mundo externo. Hormé. Buenos Aires. 1.980.

ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO DEL TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO EN ANDALUCÍA. REALIDAD PRÁCTICA.

Mariano Sánchez Robles. Diplomado en Trabajo Social.
Trabajador Social del Hospital General de Motril.

RESUMEN.

Este artículo quiere incidir sobre una Normativa Legal que parece olvidarse a la hora de hablar del Trabajo Social Hospitalario en Andalucía y pretende hacer un análisis crítico y constructivo sobre la misma. Un análisis basado en la falta de homogeneidad y de unificación de criterios a la hora de desarrollar el Trabajo Social Hospitalario (si es que es Trabajo Social), tanto por las funciones desempeñadas como por el contexto en el que las mismas se desarrollan.

Se pretende así mismo hacer una llamada a la colaboración profesional a este respecto, al intercambio de ideas y experiencias y, como no, de opiniones, intentando que todo ello pueda plasmarse por escrito de forma que sea accesible para el mayor número de personas y compañeros/as.

Y todo ello enmarcado específicamente en nuestra realidad andaluza, en la que nos encontramos y con la que nos ha tocado trabajar a diario. Sin complejos, envidias ni deseos inalcanzables. Analizar nuestra realidad e intentar modificar y/o mejorar todo aquello que nosotros estimemos oportuno.

1. INTRODUCCIÓN.

Normalmente cuando algún profesional se adentra en un campo de trabajo que le es poco o nada conocido, lo primero que suele hacer es recurrir a la literatura. Leerá todo aquello que llegue a sus manos, en relación con el puesto a ocupar e intentará, de esta forma ir conociendo dicho medio hostil e inhóspito. El miedo a lo desconocido se hace aquí patente desde el primer momento en que rodea la mesa de su nuevo puesto de trabajo y le sientan tras ella.

Una vez hecho esto se contactará con los colegas. Primero con los más conocidos, luego con los que ocupan puestos igual o similar al suyo, intentando, de la misma forma, saber qué le espera y dónde se ha metido. Tanto una como otra información serán fundamentales en el posterior desarrollo de sus inicios profesionales.

Por ello es gratificante ver nuevos artículos de compañeros, que abordan cuestiones relativas a tu campo de trabajo que, con el paso del tiempo, ya no es tan desconocido, ni tan agreste y que, incluso, comienza a ser agradable.

Pero la verdad es que existe poca "literatura" sobre Trabajo Social Hospitalario, y mucha menos referida a la Comunidad Andaluza. Imprimi-

mos poca e importamos mucha, tal vez demasiada, especialmente de Cataluña. Y en no pocas ocasiones, se hace referencia a idénticos autores, idénticas fuentes, las mismas fechas y las mismas bibliografías. Y esto debe cambiar.

El pistoletazo de salida se ha dado, quizás, en Málaga y, supongo, que a base de no poco trabajo y esfuerzo de nuestros/as compañeros/as. Ahora es preciso darle continuidad al proceso a base, precisamente, de "literatura".

Difundir experiencias, ideas, críticas, trabajos, etc, en relación con nuestra actividad profesional cotidiana, en nuestros hospitales, con nuestros medios humanos y materiales, nuestros recursos y problemas. Hay que demostrar que el Trabajo Social Hospitalario existe en Andalucía. Demostrarlo, pero dejando constancia de ello por escrito.

2. MARCO NORMATIVO.

Cada vez que se hace referencia al Trabajo Social Hospitalario, en cuanto a su marco normativo, se recurre a la ya caduca Circular 28/1977 del ya extinguido I.N.P., a la Reforma Sanitaria del 83, avanzando hasta el año 85 en que se aparecen las Unidades de Información y Atención al Usuario, hasta llegar al 87 en que se crea la Unidad de Gestión de Demanda.

Monografías

Por primera vez alguien hace referencia a la Nota Interior nº 23/89 (no 29/89) de 26 de Abril, de los Servicios Centrales (no Sociales) del Servicio Andaluz de Salud y que versa sobre las "normas de funcionamiento interno de las Unidades de Gestoría de Usuarios de las Instituciones Sanitarias (I.I.S.S.)" y que va dirigida a los Gerentes Provinciales, de Hospitales y Directores de Distritos Sanitarios, firmada por el entonces Director Gerente del S.A.S., D. Francisco Salamanca Poyatos.

Esta Nota Interior, que consta de 7 páginas, es, hoy día, el Marco Normativo en que ha de desarrollarse la labor profesional de los Trabajadores Sociales de los Hospitales dependientes del S.A.S.

Porque la denominada Gestoría de Usuarios, no sólo asume las funciones y competencias de los Servicios de Atención Social de I.I.S.S. sino, también, los de Información a Usuarios y de Atención al Paciente, entre otros, como ya veremos.

3. NOTA INTERIOR 23/89 (26 de Abril) de los Servicios Centrales (S.S.CC.) del SAS.

Esta Nota Interior (N.I.) pretende "establecer algunas definiciones y criterios sobre el funcionamiento y actividades de las Gestorías de Usuarios (G.U.) de las I.I.S.S., a fin de que sea posible su desarrollo y articu-

lación" en los Hospitales.

Se intenta "aclarar y mejorar las relaciones y vías de decisión de una serie de sub-unidades, que se ven potenciadas con la G.U. y que han de combinar y coordinar su actividad de forma que el usuario se vea atendido de la forma más adecuada". Y para ello la Dirección Gerencia del SAS dicta unas normas de funcionamiento de las Gestorías de Usuarios que, entre otros, tendrán lo siguientes cometidos:

1.E. Ofrecer a los Usuarios de los Centros y Servicios, los medios técnicos y humanos necesarios para hacer frente a las exigencias de recepción, información, hospitalización, relación y ASISTENCIA SOCIAL que imponga su permanencia en ellos.

1.F. Facilitar una atención individualizada y humanizada en el trato a los Usuarios.

El apartado 3º de la N.I. especifica las UNIDADES y FUNCIONES integradas en la Gestoría de Usuarios y que son, entre otras:

- * Servicio de Atención al Paciente.
- * Servicio de Información a Usuarios.
- * Servicio de Atención Social de Instituciones.

Es evidente que el Trabajo Social Hospitalario va a tener bastante relación con todos y cada uno de los

Servicios mencionados y que, por tanto, es este el Marco Normativo por el que ha de regirse.

Por otra parte la G.U. se dota de un responsable que deberá ser personal Facultativo que, a su vez, tendrá bajo su responsabilidad otros dos cargos más:

* Responsable de Admisión y Acceso (Facultativo).

* Responsable de Prestaciones Administrativas (Facultativo).

Así mismo, la G.U. "podrá dotarse de un responsable del Programa de Humanización Sanitaria, que gestionará, entre otros, los programas de información, reclamaciones y sugerencias y de apoyo y orientación social".

Es evidente que esta figura debería corresponder al Trabajador Social pero, la N.I. tan sólo exige que dicho responsable sea "Técnico Superior o Medio". Habría pues que preguntarse dónde enmarca esta N.I. la figura del Trabajador Social y exigir su figura profesional como responsable del Área o Unidad de Trabajo Social.

En el apartado 8.3. se especifican las funciones y actividades de los denominados "Servicios de Humanización" que "atenderán a todos aquellos PROGRAMAS tendentes a mejorar las relaciones con los usuarios y las

condiciones de atención...", "..para llevar a cabo el plan de Humanización del centro o Servicio". Se encargarán de las siguientes funciones o servicios:

1) Servicio de Información al Usuario (SIU), que se encargará de:

A. Organización de la información a Demanda sobre prestaciones, tramitación, servicios, etc.

B. Organización de la información programada, relativa a programas y campañas.

C. Facilitar información de las Unidades Especiales como UCI, Urgencias, etc.

2) Recepción y tramitación completa de quejas, sugerencias y reclamaciones y encuestas de opinión.

3) Servicios de apoyo y orientación social y familiar, especialmente a los grupos de riesgo. Trámites de ayudas cara a la integración social. Favorecer la humanización de la asistencia: información, visitas, recepción, espera, etc.

Este, y no otro, es el Marco Normativo en que ha de desenvolverse el/la Trabajador/a Social. Y es en base a esta normativa, sobre la que hay que plasmar las funciones y actividades propias del Trabajo Social Hospitalario.

Monografías

rio. Sin volver a hablar de la Circular de 1977, ni rescatar los escritos del Consejo General; sin tanto mirar al Norte y mirando un poco más al Sur, que... también existe. Debemos analizar seria y profundamente nuestra realidad andaluza y actuar en consecuencia.

4. LA CRUDA REALIDAD.

Antes que la Circular 23/89, el decreto 105/1986 de 11 de Junio sobre "ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales" en su Art. 18 especificaba claramente que "todos los Hospitales contarán con las siguientes Unidades..." y entre ellas se cita la de Información y Atención al Usuario que sería responsable de la Información y tutela al usuario y de atender y garantizar la tramitación de las reclamaciones que se pudieran producir. Así mismo, el Art. 24.3 indica la obligatoriedad de la existencia de la Comisión de Bienestar y Atención al Usuario.

Pero ¿Qué hay de verdad en todo esto? ¿Qué Trabajo Social se desarrolla realmente en los Hospitales? ¿Hasta qué punto lo que hacemos es Trabajo Social y no otra cosa?.

A través de escritos elaborados por compañeros/as de otros Hospitales (ya publicados), de contactos personales en las Jornadas de Málaga, y otros contactos, se puede comprobar fácil-

mente que la situación del Trabajo Social en los distintos Hospitales Andaluces es de los más variada y variopinta. Es evidente que se trabaja de una forma no unificada y con criterios personales de cada profesional. Somos autodidactas y vamos cada uno a "nuestro aire", a nuestro buen (o mal) saber y entender.

Hay hospitales con Servicio de Información al Usuario (SIU) y otros que no lo han implantado aún o que no piensan hacerlo. Los responsables del SIU son en unos Centros los/as Trabajadores/as Sociales y en otros personal Facultativo y/o de Enfermería. Hay compañeros/as que tienen a su cargo más de 300 camas (incluso 500) y otros 120. Los/as hay que tramitan reclamaciones y quienes no las han visto en su vida; quienes captan donantes y quienes tan siquiera lo son; hay compañeros/as que comparten despacho y otros/as que para abrir un armario han de cerrar primero un cajón de la mesa.

Unos/as tramitan pensiones y otros/as las derivan; con cita previa o sin horario fijo; coordinados/as con Atención Primaria y Comunitarios o con ninguno de ellos; con sistemas de registro particulares o sin sistema conocido; con reuniones periódicas o llamadas telefónicas de vez en cuando; con diferencias de personal, de material, de medios, de implantación y presencia real en el Centro, etc, etc, etc.

La realidad supera, con creces, a la teoría. Se sale del Marco Normativo, rebosa. Y convierte al mismo en inoperante, inútil e inaplicable.

Habrà por tanto que analizar esta situación, la nuestra, la andaluza, no la de los demás, e intentar al menos solucionar los problemas o situaciones anómalas que encontremos en ella. Jornadas como las celebradas en Málaga hacen esto posible y la publicación de artículos al respecto un camino para ello. Es la "literatura" que todos seguimos buscando.

5. CONCLUSIÓN -PROPUESTAS.-

A la vista de todo esto, de nuestra situación profesional, en todos los sentidos, hay que empezar a plantearse seriamente la modificación del actual Marco Normativo o, en su defecto, el desarrollo de disposiciones que dejen bien clara la presencia y figura profesional del Trabajador/a Social, creando de forma definitiva la Unidad de Trabajo Social, dotándola de material y medios técnicos adecuados y del personal necesario para el desarrollo de las funciones que le sean encomendadas, y sean propias del Trabajo Social Hospitalario.

Establecer, de acuerdo con las nuevas líneas básicas de atención sanitaria propugnadas por el S.A.S., objetivos concretos y criterios de actuación de dichas Unidades, comunes a todos los Hospitales de la Comunidad, definiendo y concretando (de forma consensuada) las funciones a desarrollar por los/as Trabajadores/as Sociales, estableciendo así mismo sistemas de registro y control comunes para todos; indicadores de evaluación, instrumentos de registro y control comunes para todos; indicadores de evaluación, instrumentos de valoración de la actividad, etc.

Y ello no es nada fácil y va a requerir muchos esfuerzos, tanto personales como institucionales, que es necesario llevar a cabo.

En definitiva: unificación de criterios y actuaciones. Algo en lo que todos/as debemos colaborar a través de la participación activa en este proceso de análisis y reestructuración normativa. Y todo ello con el apoyo y colaboración de los Colegios Profesionales, Organizaciones Sindicales y Asociaciones Profesionales cuyo mayor y mejor exponente podría ser la deseada y espero ya constituida Asociación Andaluza de Trabajo Social Sanitario.

MODELO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN EL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS DEL DISTRITO MÁLAGA NORTE.

Rosa Hernández Robles. Diplomada en Trabajo Social y Directora del Centro de Servicios Sociales Distrito Norte del Excmo. Ayuntamiento de Málaga.

RESUMEN.

Este trabajo describe el origen y nacimiento del Centro de Servicios Sociales Comunitarios Distrito Norte de la ciudad de Málaga, así como su evolución en los últimos años.

Desarrolla con mayor amplitud una descripción de los principios y elementos organizativos que el equipo del Centro está aplicando en la etapa actual, apoyados por la asesoría externa de una empresa consultora.

Introducción.

Los servicios sociales en el Ayuntamiento de Málaga comienzan en el año 1.981 con la creación, por primera vez, de la Delegación de Bienestar Social. En este año se contratan los primeros seis asistentes sociales.

A partir de este momento y de forma progresiva se van desarrollando estos servicios, abarcando

principalmente aspectos muy concretos. Es en el año 1.987 cuando los servicios sociales se unifican formando una sola entidad con el Patronato Municipal de la Vivienda, bajo una estructura orgánica definida, con un Concejal Delegado del mismo, un Gerente y distintos Jefes de Servicios en cada una de las áreas.

En este mismo año se crea el Departamento de Servicios Sociales Comunitarios, así como la Sección de Planificación.

La expansión de los servicios sociales se producen a través de los especializados, creándose una red de equipamientos, hasta entonces inexistente o en estado poco desarrollado. Estos equipamientos fueron:

- el Centro de Emergencias Sociales, con nuevas instalaciones, mayor cobertura y una nueva concepción del

servicio,

- el Centro de Acogida de Menores, de nueva creación,
- el Centro de Acogida de Tercera Edad, de nueva creación,
- puesta en marcha de dos viviendas tuteladas para la tercera edad,

1. Organización del Departamento de Servicios Sociales Comunitarios.

Este Departamento estaba integrado por el incipiente desarrollo de los Centros de Servicios Sociales y por el Servicio de Vivienda de Promoción Pública.

Entre los años 87-88, se empezaron a descentralizar los Servicios Sociales Comunitarios a los distritos municipales. En estos momentos existían configuradas 10 Juntas Municipales de Distrito, de las cuales los servicios sociales cubrían siete de ellas.

Los profesionales existentes para éstas eran: 7 trabajadores sociales, 6 animadores socio-culturales. El resto de los distritos no cubiertos, se atendían desde las oficinas centrales, con un profesional asignado al Servicio de Información, Valoración y Orientación.

Posteriormente con la firma del Plan Concertado entre el Excmo. Ayuntamiento, la Comunidad Autónoma y la Administración Central, la ciudad de Málaga, de acuerdo con los

Documentos de Trabajo Social

mapas territoriales, queda configurada en seis Centros de Servicios Sociales, siendo estos los siguientes:

- 1.- Centro-Ciudad Jardín.
- 2.- Trinidad-Pto. de la Torre.
- 3.- Carranque-Campanillas.
- 4.- Carretera de Cádiz-Churriana.
- 5.- El Palo.
- 6.- Palma-Palmilla.

Es en el año 1.990, cuando podemos hablar del desarrollo y auge de los Servicios Sociales Comunitarios en Málaga, teniendo en cuenta que:

a) se amplía la plantilla de trabajadores sociales y educadores sociales,

b) se crean los tres primeros centros de servicios sociales:

- Trinidad-Pto. de la Torre.
- Centro-Ciudad Jardín.
- Palma-Palmilla.

c) se cubren el resto de los distritos al menos con un trabajador social,

d) se produce una ampliación de los presupuestos para los servicios sociales,

e) se firman los nuevos convenios con otras Administraciones Públicas que permiten dotar de recursos, proyectos y actividades en el ámbito comunitario y que destaca por su aplicación preferente en la población infantil y juvenil.

2.- Antecedentes de los Servicios Sociales en la zona de Palma-Palmilla.

Entre los años 88-89, la zona de Palma-Palmilla respondía al denominado Distrito nº 4. La plantilla existente era: 1 trabajador social, 2 animadores socio-culturales y 4 educadores de calle.

En cuanto a las actividades que se desarrollaban en esos momentos y dado el personal existente se concretaban en:

* Por el trabajador social:

- Información y asesoramiento a la población en general.
- Tramitación y gestión de ayudas económicas de emergencia.
- Gestión de otras prestaciones de ámbito no municipal.

* Por los educadores de calle:

- Realización de talleres de ocio y tiempo libre, en horario de tarde dirigido a menores y jóvenes.
- Realización de acampadas, salidas culturales, excursiones...

* Por los animadores socio-culturales:

- Colaboración en actividades de carácter cultural y recreativa con todas las asociaciones y entidades del barrio.
- Organización puesta en marcha de actividades propiciadas desde el Area y destinadas a la población del distrito.

3.- Elementos para el diseño de la estructura del Centro de Servicios Sociales de Palma-Palmilla.

El Centros de Servicios Sociales de Palma-Palmilla comenzó su andadura en mayo de 1.990, quedando su ubicación provisional en Avd. de la Palmilla, s/n, utilizando los espacios de la planta baja de unos módulos escolares que se encontraban en desuso. El inmueble fue adaptado y reformado según las necesidades de personal así como de servicios que se pondrían en marcha, por lo que sus cuatro grandes salas fueron divididas en dependencias y despachos para los distintos profesionales.

En cuanto el personal existente podemos ver la cuadro referido a Plantilla del Centro. (Cuadro nº 1).

Una vez analizadas las características geográficas y territoriales del distrito, la disponibilidad de los recursos así como la plantilla profesional disponible, nos propusimos diseñar un modelo organizativo, que fuese consensuado por todo el equipo y a la vez operativo en su funcionamiento, ya que se trataba de poner en funcionamiento prestaciones y actuaciones totalmente novedosas, y los referentes en cuanto a modelos organizativos, apenas se conocían, por lo que se propusieron los siguientes elementos:

- Unidades de Trabajo Social.

- Unidades de Gestión de Programas: una para los Programas de Trabajo Social de Zona y Cooperación Social, y otra para los Programas de Familia y Convivencia e Inserción Social.

- Unidad Administrativa.
- Unidad Técnica de Apoyo.
- Dirección.

Las características destacables de este organigrama son:

- La organización funcional gira en torno a los programas y sus respectivas prestaciones, de tal modo que cada Unidad de Gestión, moviliza aquellos recursos que le son propios y serán gestionados por cada uno de sus coordinadores.

- Otro aspecto fundamental es la asignación de los profesionales a los respectivos programas, quedando diferenciado el rol de educador de familia y el de educador de inserción, cuyas tareas fundamentales se centran más en el trabajo de menores y jóvenes.

- Y como tercer elemento de la organización destacar el sistema de coordinación interno, o lo que conocemos por "reuniones", siendo la del equipo de interprograma, la que garantizaría la difusión de la información en todo el centro.

Esta reunión tenía una periodicidad

Documentos de Trabajo Social

semanal y sus componentes eran: las Coordinadores de las Unidades de Gestión 1 y 2, el Psicólogo, 1 Trabajador Social, 1 Educador Social y la Directora. Las funciones de la reunión de coordinación eran:

- Supervisar el funcionamiento global del Centro.
- Evaluación de los programas y proyectos.
- Información externa al Centro.
- Derivación de casos a los programas por parte de las UTS.

4.- Propuestas de cambios estructurales y de funcionamiento.

En 1.991 los distritos municipales sufren un cambio importante ya que la ciudad de Málaga queda distribuida en tan solo 6 distritos. Por lo que se refiere a Palma-Palmilla queda configurada dentro del Distrito Norte, ampliándose territorialmente a zonas como Miraflores de los Angeles, Suárez, Gamarra,... y por el otro extremo Ciudad Jardín, Mangas Verdes, Jardín de Málaga, Parque del sur... La población que reside en la nueva delimitación geográfica es de 140.825 personas.

Esta nueva configuración territorial hace que los efectivos del Centro tengan que adaptarse a la nueva situación y prever cambios en la organización propuesta. No obstante esta organización interna estaba en fase de pilotaje y tendría que ser evaluada de forma periódica.

Será a partir de Septiembre de 1.992, cuando el Area de Bienestar Social del Excmo. Ayuntamiento de Málaga, emprende una nueva etapa en el desarrollo funcional de los Centros de Servicios Sociales. Para tal cometido el Area contrató los servicios de la empresa consultora, especializada en Servicios Sociales, Ocurrencias S.L., cuyo objetivo sería la realización de una propuesta de reorganización en los Centros, comenzando como centro piloto el del Distrito Norte.

El primer trabajo que se realiza es un **diagnóstico** operativo de la situación del Centro de Servicios Sociales, en el que, transcribiendo a los consultores, se reflejaban las siguientes conclusiones:

A. Limitaciones estructurales:

- A.1. Excesivo número de población por U.T.S.
- A.2. Retraso excesivo en los pagos de las ayudas económicas.
- A.3. Falta de formalización de los niveles intermedios en la estructura.
- A.4. Ausencia de responsable de la gestión administrativa.
- A.5. Sobrecarga innecesaria de demanda de datos estadísticos.

B. Limitaciones en el funcionamiento:

- B.1. Excesiva compartimentación de las intervenciones en Programas, en lugar de articularse a partir del "usuario".

PLANTILLA CENTRO SERVICIOS SOCIALES PALMA-PAJLILLA 1.990			
PLANTILLA MAYO 1.990	PLANTILLA SUB- VENCIONADA PLAN INTEGRAL	TOTAL PLANTILLA	PLANTILLA TEM- PORAL
1 Director 1 Conserje 1 Auxiliar Admi- tivo. 2 Trabajadores Sociales 2 Animadores Socio-culturales 4 Educadores	1 Auxiliar Admitivo. 3 Trabajadores Socia- les 3 Educadores 1 Psicólogo	1 Director 1 conserje 2 Auxiliares Admiti- vo. 5 Trabajadores Socia- les 7 Educadores 2 Animadores Socio- culturales 1 Psicólogo	1 Monitor de Ludote- ca 1 Monitor de Talle- res.

B.2. Inadecuada articulación de alguno de los equipos del Centro.

La propuesta de **cambios estructurales y de funcionamiento**, que es acordada por el equipo del Centro bajo la asesoría de los técnicos de la empresa consultora, se puede resumir en los siguientes apartados:

1.- Estructura organizativa.

Las áreas básicas que se proponen para estructurar el Centro son:

1.1.- Dirección. Compuesta por el director y un equipo directivo.

1.2.- Unidad Administrativa. Responsable de las actividades administrativas y de la gestión económica necesaria para el mantenimiento del

centro.

1.3.- Unidad Técnica de Apoyo:

- Procura la integración técnica y teórica de la intervención de las distintas unidades.

- Apoyo técnico a nivel de asesoría tanto a nivel de usuarios como al resto de las unidades.

- Elaboración de propuestas/programas de intervención individual o colectiva de manera interdisciplinar y a demanda del resto de las unidades del Centro.

- Asesora y desarrolla tareas de planificación investigación y evaluación del Centro en su conjunto.

1.4.- Unidad de Gestión de Estructuras Básicas/ o Intervención

Documentos de Trabajo Social

Social.

El responsable de esta Unidad asumirá tres funciones básicas:

- Dirección de las Unidades de Trabajo Social.

- Responsable de cada uno de los equipos territorializados.

- Coordinadora de los Equipos territorializados de Intervención Social.

- La dirección de las UTS significa que es la responsable de diseñar el programa de Información, Valoración y Orientación del Centro, y garantizar la coherencia de todos los proyectos que en su marco se propongan, y elaborar anualmente las correspondientes memorias de gestión de programa.

- Organización de los efectivos humanos y materiales (zonificación, permanencias).

- Dirigir técnicamente su actividad (interpretar normativas, proponer criterios homogéneos para la elaboración de informes...).

- Favorecer la necesaria relación de las UTS con el resto de las Unidades del Centro.

- Responsabilizar sobre los flujos de información en lo que a demanda y recursos individuales/familiares se refiere, asumiendo el diseño de proyectos colectivos de información para el conjunto del territorio.

- La dirección de las UTS conlleva la responsabilidad de diseñar y aplicar evaluaciones adecuadas.

- Dirige específicamente cada uno de los equipos territoriales, garantizando el mantenimiento del ámbito de

integración del propio equipo haciendo que se cumplan los acuerdos adoptados en el mismo.

- Mediación en los conflictos que surjan.

1.5.- Unidad de Gestión de Recursos..

Dos son las funciones que debe asumir esta Unidad:

- Organizar adecuadamente los recursos específicos que el Centro tiene encomendados, de forma que se facilite en las prescripciones que realiza las UTS o a los proyectos diseñados por los equipos territorializados de intervención.

- Articular las relaciones del Centro con los servicios específicos del propio Ayuntamiento y de otras instituciones, para facilitar igualmente la respuesta más adecuada a las demandas que el Centro recibe.

En el marco de estas funciones generales corresponde a esta Unidad las tareas concretas de:

- Establecer y hacer cumplir los horarios más convenientes a la actividad que deba desarrollarse.

- Vigilar las condiciones de trabajo establecidas.

- Gestionar los presupuestos correspondientes y presentar tanto las previsiones como los resultados de los mismos.

- Definir los perfiles necesarios para cada puesto de trabajo.

- Actualización de la formación del personal asignado a la Unidad, bien sea de la plantilla estructural o contratada en base a programas específicos.

- Coordinación técnica de seguimiento de supervisión y evaluación de los mismos, así como de las correspondientes memorias.

- Diseño de los contenidos de nuevos servicios y en sus caso ponerlos en marcha cuando a sí sea necesario y a petición de los equipos.

- Dar a conocer a los equipos y en especial a las UTS la oferta actualizada de ayudas y servicios así como las condiciones de uso de los usuarios y los procedimientos para acceder a ellos.

- Responsabilidad de definir los contenidos negociadores que el Centro ha de tener presentes; cuando se trate de llegar a acuerdos con otras instituciones así como con los Servicios específicos del Ayuntamiento.

1.6.- Los Equipos Territoriales de Intervención.

Los equipos territoriales tienen como responsabilidad diseñar y llevar a cabo con apoyos de las otras unidades cuando pueda ser necesario todas las intervenciones individuales, familiares y colectivas que sean necesarias desarrollar, para responder a las necesidades y demandas de su población de referencia.

- Reciben y valoran las demandas

que formula la población.

- Realización de los correspondientes diagnósticos, de tramitar los recursos necesarios para responder a las mismas.

- Diseño de proyectos de intervención y de recavar del resto de las unidades del Centro los apoyos necesarios para llevarlo a cabo.

- Responsabilidad de realizar el estudio-diagnóstico social de la zona y mantener actualizados sus datos y valoraciones.

- Cada equipo constituye una unidad integrada, con capacidad para llevar a cabo sus responsabilidades con toda la autonomía y creatividad necesaria para afrontar eficazmente las mismas.

1.7.- Unidades de Trabajo Social.

- Son la única puerta de entrada al sistema público de Servicios Sociales.

- Garantizan la información sobre recursos propios y de otros sistemas de protección social a todos los ciudadanos.

- Recepciona las demandas individuales/familiares que se formulan en el Centro de Servicios Sociales.

- El prediagnóstico o valoración inicial de las demandas por parte de estas unidades como función propia, se convierte en la "llave" para las intervenciones individuales/familiares del equipo.

- Lleva a cabo actuaciones de organización comunitaria.

Documentos de Trabajo Social

2. Plantilla del Centro de Servicios Sociales.

La plantilla estructural con la que el Centro cuenta en la actualidad es:

- 1 Directora.
- 2 Coordinadoras.
- 4 Trabajadores Sociales.
- 6 Educadores Sociales.

- 2 Animadores Comunitarios.
- 2 Auxiliares Administrativos.
- 1 Monitor Social.
- 1 Ordenanzas.

La plantilla no estructural es variable en función de determinados proyectos y servicios. Está compuesta por: monitores, auxiliares de Hogar y otros.

La plantilla actual se presenta como insuficiente para desarrollar de manera óptima las atenciones que la zona necesita. Se han establecido las siguientes prioridades de dotación de personal para reforzar las distintas unidades del nuevo modelo de funcionamiento del Centro: 3 Trabajadores Sociales, 3 Psicólogos, 1 Responsable de Administración, 1 Auxiliar Administrativo, 1 Educador Social, 1 Animador Comunitario y 1 Titulado Medio o Superior.

3. Estructura funcional.

El funcionamiento interno del Centro gira en torno a tres consideraciones o aspectos básicos partiendo del

siguiente postulado:

"Que el funcionamiento ha de articularse a partir de la situación concreta de cada usuario-demanda que recibe (ya sea individual o colectiva) y no a partir de una estructuración de las prestaciones que se oferta".

Esto supone que el eje sobre el que deben girar todas las unidades y niveles del Centro han de ser los equipos que son los que están en contacto con las demandas y son por ello responsables de la intervención. En definitiva, el modelo de funcionamiento, sería aquel en el que el conjunto de las estructuras del Centro funcionen como apoyo a la intervención de los equipos territorializados, que son en definitiva quienes asumen la responsabilidad de decidir dónde, cuándo, y cómo han de aplicarse los recursos del Centro.

1.- Trasladando lo anteriormente expuesto, las dinámicas del Centro serían sus proyectos (individuales, familiares o colectivos) y no los programas.

Serían los equipos territoriales los responsables de los proyectos y las estructuras intermedias las responsables de los programas ya que serían niveles de apoyo para la gestión de recursos.

La iniciativa de un proyecto de

intervención de carácter individual o familiar, corresponde al Trabajador Social de la U.T.S. en la que se ha recibido la demanda.

Por el contrario, si se refiere a un proyecto general o comunitario que afecte exclusivamente al territorio de un solo equipo su iniciativa podrá ser formulada por uno o varios miembros del equipo territorial a cuyo ámbito afecte.

Si se refiere a proyectos grupales o comunitarios que afecten al conjunto del territorio del Centro, la iniciativa deberá partir de cualquiera de las Unidades del Centro.

Una vez decidida la elaboración de un proyecto, sea este de carácter individual/familiar, grupal o comunitario, el primer paso será realizar el diagnóstico de la situación sobre la que se trata de intervenir.

En el caso de que se trate de un proyecto de intervención con un individuo o familia y que ha sido propuesto al equipo por el trabajador social de la U.T.S., será el equipo mismo quién determine quienes de entre sus miembros llevarán a cabo las tareas necesarias para que este diagnóstico sea debatido y consensuado por todo el equipo.

De la misma manera se procederá cuando se trate de un proyecto grupal

o comunitario que afecte al ámbito de un equipo territorializado, en este caso la propuesta puede provenir de cualquier miembro.

Si se trata de un proyecto grupal o comunitario que afecta al conjunto del Centro de

Servicios Sociales, el Equipo Directivo determinará que profesionales de las distintas Unidades han de acometer las tareas necesarias para que una vez realizadas y puestas en común por todos ellos, sean objeto de detalle por el conjunto de las unidades.

2.- El segundo aspecto en cuanto al funcionamiento del Centro, hace referencia a la "coordinación" entendiéndose como tal, la práctica cotidiana de integración de responsabilidades, decisiones y tareas de todas las personas que constituyen un equipo y a su vez todos los equipos entre sí.

Para realizar esto, es necesario contar con instrumentos específicos, y estos son las "reuniones". Es necesario definirlos adecuadamente, de forma que se garanticen su realización siempre que sean necesarias y solo cuando sean necesarias, y con ello evitar la falta de coordinación a la vez que lo que conlleva el abuso de las mismas.

Documentos de Trabajo Social

En este sentido es preciso detallar dos aspectos necesarios para un buen uso de estos instrumentos:

a. Relación de reuniones que han de llevarse a cabo.

b. Elaboración de protocolos de aquellas que tengan un carácter ordinario.

3.- Y por último, un **sistema integrado de información** en torno a la actividad del Centro, que posibilite la homogeneización de conceptos, códigos y soportes instrumentales. Sin ellos no se podría conocer los resultados de los proyectos que desarrollan, si los miembros del equipo no comparten un mismo lenguaje con el que contrastar sus experiencias y resultados.

LA REINSERCIÓN SOCIAL EN DROGODEPENDENCIAS

Javier Delgado Fernández y Concepción García Benitez.
Diplomados en Trabajo Social. Trabajadores Sociales del Centro
Provincial de Drogodependencias de Málaga.

RESUMEN.

Este trabajo, que presentan dos trabajadores sociales del CPD (Centro Provincial de Drogodependencias) de Málaga, expone una aproximación teórica al proceso de reinserción social de drogodependientes y apunta algunos aspectos metodológicos.

PRESENTACION.

En los tiempos que nos ha tocado vivir existen una serie de problemáticas que se sitúan en la cúspide de la pirámide de todas aquellas que preocupan a los diversos sectores de nuestra sociedad.

Parece indudable que una de estas preocupaciones radica en las consecuencias del progresivo aumento, sobre todo en determinados colectivos, del consumo abusivo de todo tipo de drogas.

Y sin embargo la realidad que nos encontramos los que trabajamos directamente en el tema parece poner de manifiesto al menos dos cuestiones fundamentales:

- La falta de referentes teóricos fundamentales y sistemáticos,
- Y una insuficiente transmisión de conocimientos adquiridos en el desempeño de la práctica profesional diaria.

Con el presente trabajo intentamos paliar, en parte estas dos carencias.

FUNDAMENTOS TEORICOS SOBRE LA REINSERCIÓN.

Básicamente pretendemos comunicar una serie de conocimientos sobre la reinserción de drogodependientes, fundamentados en:

- la experiencia de varios años en este campo.

- el acercamiento a teorías que con sus peculiaridades, mantienen un mismo hilo conductor.

La Reinserción Social del drogodependiente se puede plantear desde una pluralidad de enfoques :

1. La ideología que se tenga sobre el tema (sociedad, drogodependencia).

2. Tipo de abordaje : servicios comunitarios, especializados , técnicos, voluntarios.

3. El método de trabajo y el contexto de planificación de la reinserción.

4. Las características de implicación del profesional que planifique la reinserción.

Todos estos enfoques serán más o menos válidos dependiendo de múltiples causas: características de la persona afectada, situación por las que pase en el momento de hacer la demanda, personas con las que realice los contactos de ayuda, etc.

No obstante aunque sea importante aceptar la existencia de diferentes modelos de actuación, en esta exposición transmitiremos el marco teórico sobre el que basamos nuestro trabajo diario los trabajadores sociales del C.P.D., en la reinserción de personas drogodependientes.

¿Que es la Reinserción Social?

Existe confusión terminológica sobre lo que es reinserción social. Unos lo pueden entender como un proceso desde el que el sujeto entra en una dinámica de motivación compartida, otros lo definen como una situación predeterminada por una serie de variables de la que la más normal es el trabajo. La mayoría de autores coinciden en que existe una carencia de una definición concreta, incluso de un referente teórico claro de lo que es reinserción.

Es cierto que a veces incluso se obvia hablar de reinserción y se supedita el concepto a las distintas alternativas y recursos que condicionan la intervenciones en este proceso.

¿Quién no ha oído al respecto, incluso desde los mismos profesionales que trabajan en drogodependencia, dar mensajes reduccionistas y limitados sobre que es la reinserción?

Señalamos las siguientes definiciones como un intento de contextualizar el desarrollo de este trabajo :

Documentos de Trabajo Social

J. Funes define la reinserción como:

* La reinserción sólo puede contemplarse desde la perspectiva de ser un proceso.

* Tal proceso implica el diseño de posibilidades (por medio de recursos adecuados) para el individuo.

* La reinserción debe contemplarse como un proceso de resocialización dentro de los mecanismos sociales normales de socialización.

D. Comas Arnau, acepta esta definición como operativa y añade además que la reinserción social de los drogodependientes es un proceso no finalista, dinámico, dialéctico y permanente.

M.R. Leanizbarrutia, define la reinserción como una relación mas compatible entre el individuo y el mundo que le rodea.

Cuando se habla de reinserción social de drogodependientes es necesario no enmarcarlos en un único colectivo con el que se ha de seguir las mismas estrategias de incorporación social, porque como dice **Domingo Comas** "Hay drogodependientes que tienen problemas de sociabilidad y hay gente con problemas de socialización que además se droga".

La dificultad de definir el término

reinserción también viene dado por las diferentes concepciones y teorías desde las cuales se puede interpretar:

- Están los que niegan cualquier tipo de reinserción en una sociedad que en sí misma provoca y tiene el problema.

- Hay quienes propugnan una reinserción forzada empleando métodos forzosos.

- Los que opinan que el drogodependiente ha de optar a la reinserción sin contar con sus decisiones.

- Los que propugnan una reinserción a partir del propio convencimiento del afectado.

En sí, todos estos términos y definiciones nos pueden acercar genéricamente a apprehender que es la reinserción social y a la vez todos pueden quedar cuestionados o parcializados ante aquellas comunidades sociales que ni cultural ni económicamente pueden ser espacio estructuralmente adecuado para acoger en su contexto a los colectivos marginados, es más, serían en si mismas potenciadoras y generadoras de las drogodependencias. Y aunque se haga necesario tener en cuenta las connotaciones de los distintos entornos de los drogodependientes, que en realidad vendrían a ser su "sociedad", su "sistema" de relación mas inmediato, en sentido genérico, también podemos entender la reinserción como "el proceso de vinculación efectivo y activo a la

realidad cultural, económica y social, que un sujeto realiza después de un periodo de aislamiento o crisis con la misma" (Pilar Nieva).

Reinserción Social y drogodependencia.

Para muchos drogodependientes sería mas exacto hablar de inserción social ya que ese proceso de vinculación o incorporación activa en su medio nunca ha tenido lugar.

El fenómeno de las drogodependencias afecta a las personas de múltiples maneras, pero también hemos de señalar que es una problemática que incide en el conjunto de la sociedad desde muchos puntos de vista y no solo desde el más comentado de la inseguridad ciudadana. Es importante señalar cómo la sociedad habla de las drogodependencias, eludiendo o minimizando otros muchos problemas que están por debajo o alrededor de éstas.

En nuestra sociedad las drogodependencias han puesto de manifiesto los siguientes aspectos:

- La agudización de las problemáticas que ya venían padeciendo los sectores menos favorecidos de nuestra sociedad.

- Han evidenciado las carencias de los dispositivos de atención tradicionales tanto sanitarios como sociales.

- Han planteado la necesidad de abordaje sectorializado:

* Por la complejidad del problema.

* Por la relativa juventud de los trasvases culturales de consumo de tóxicos y por la rápida expansión de las adicciones.

La reinserción o inserción como proceso.

Tradicionalmente se ha venido dando una separación lineal en las secuencias de etapas a cubrir en el tratamiento del drogodependiente:

1º.- La desintoxicación.

2º.- La deshabitación / rehabilitación.

3º.- La reinserción.

Entendemos que la reinserción es un proceso no desligable de otras dificultades derivadas de su toxicomanía y por tanto la reinserción es un abanico de vivencias, reflexiones, actuaciones que se puede dar antes, entre y después de otras intervenciones de carácter desintoxicador o rehabilitador. La reinserción se interrelaciona con otros aspectos del abordaje terapéutico teniendo en cuenta las circunstancias, el tipo de toxicomanía, las características de la familia, etc.

J. Funes define el proceso como "consecuencia vital en la que lo posterior viene condicionado por lo anterior, en la que los sucesos o acontecimientos resitúan al individuo

Documentos de Trabajo Social

en una estructura diferente de vivencias, de reacciones de consumo, de maduración... en momentos, en situaciones nuevas".

Así, la intervención terapéutica se ha de situar en la observación del proceso para poder orientar la reinserción hacia los recursos más adecuados, incorporar a las personas que se consideren más adecuadas, etc., porque como señalamos antes se intenta dar una respuesta a una cuestión que no es única ni unívoca, de la que se puede afirmar el hecho de que consumir una misma sustancia no unifica a individuos que son profundamente diferentes por:

- Numerosos factores y circunstancias.
- Diferentes dinámicas familiares.
- Medios sociales diferentes.

Es cierto que a veces hasta los mismos profesionales que trabajamos en este campo llegamos a pensar que tenemos delante a las "mismas" personas padecedoras de los "mismos problemas". Esta imagen, quizás viene dada porque la persona que presenta una problemática de drogadicción suele transmitir un círculo de destrucción, un trayecto de degradación, un círculo de relaciones cada vez más restringido, una concentración sobre sus personas de casi todos los conflictos que acontezcan dentro de sus familias, etc. Pero, este efecto, no puede hacernos olvidar ni las diferencias individuales, ni la gran diversidad de tipos de grupos que componen

nuestra sociedad.

Principios básicos de toda reinserción

Se señalan los siguientes principios, porque si bien a veces el técnico no se puede ajustar totalmente a ellos por las diferentes realidades administrativas y políticas es un buen marco para referenciar cualquier actividad reinsertadora:

1.- Ninguna actuación para abordar el problema debe ser segregante, no debe añadir una segregación específica a la que ya tiene el propio sujeto.

2.- La actuación no debe ser total y exclusivamente dirigida al colectivo que padece la dificultad. La intervención solo para y entre los que han sido catalogados por una dificultad, genera junto a los posibles efectos positivos otros negativos como serían: consolidación de la autoidentificación con el problema, segregación.

3.- Cualquier programa de intervención debe estar circunscrito a un territorio, se trata de que la persona se sienta al menos, parcialmente miembro de algún grupo social. Se ha de priorizar la utilización de los recursos y servicios que existan en su territorio.

4.- Las intervenciones de reinserción deben plantearse como comunitarias. Intentando que participen, al menos, aquellas personas que están más

sensibilizadas con las problemáticas sociales (sanitarios, maestros, asistentes sociales...) y que desarrollan su trabajo en el territorio donde se va a llevar a cabo la actuación.

Cómo se planifica una reinserción.

Al planificar una reinserción social se tiene en cuenta, a partir de las referencias de proceso y principios básicos ya señalados que no necesariamente el sujeto ha de estar en una situación límite de dificultades personales y sociales (parado, solo con amigos drogodependientes, sin actividades de ocio) sino que en función del estudio social previo que se realice, se podrán determinar un abanico amplio de lo que podría ser el objetivo final de nuestra intervención: "Que viva un proyecto de vida no conflictivo ni autodestructivo, sin el recurso abusivo a sustancias modificadoras de la conducta".

Conociendo los aspectos diferenciadores de cada caso se puede planificar la actuación a seguir e iniciar un trabajo con el propio interesado, de reincorporación o incorporación a un grupo social y/o a un cambio de estilo de vida.

Los aspectos que se recogen en la Historia Social del Centro Provincial de Drogodependencias son los siguientes:

- Composición familiar: convivencia, comunicación actitudes y nivel cultural.
- Situación económica.
- Datos de escolaridad.
- Historia laboral.
- Vivienda: tipo, condiciones, cambios, causas.
- Ocio, ocupación del tiempo libre.
- Relaciones sociales.
- Situación legal.

BIBLIOGRAFIA

- RAMOS P., GARCIA ALVAREZ A., COMAS ARNAU D., GRAÑA GOMEZ J.L., otros (1987). "Reinserción social y Drogodependencias".
- ALVAREZ P., FUNES J., MENDOZA R., otros . (1988). "Incorporación Social de Colectivos marginados". Monografía nº4. Cuadernos Comunidad y Droga.
- MULTIPLES AUTORES . (1984) "Drogodependencias : un reto multidisciplinar". Tomo I, II.
- MULTIPLES COLABORADORES (1981). Revista de Trabajo Social. Monografías de Drogodependencias, Nº 84 y 85.

SITUACIÓN SOCIO SANITARIA Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LOS NÚCLEOS DISEMINADOS SALITRE Y SIETE PILAS.

M^a del Carmen Rodríguez González. Diplomada en Trabajo Social. Centro de Salud de Algotocín. **Antonia María González Mateos, Ana María Castillo López, Cristóbal Delgado Benítez y Francisco Martín Navarro.** Diplomados Universitarios en Enfermería. Centro de Salud de Algotocín.

RESUMEN.

La necesidad de conocer el entorno del individuo y el medio en que vive para programar acciones dirigidas a elevar la calidad de vida, está basada en el concepto ecológico de la salud. Estas cuestiones y otras relacionadas con sus necesidades de salud son las que nos planteamos investigar en este estudio, poniendo en práctica la visita domiciliaria (V.D.) en dos núcleos diseminados de la Zona Básica de Salud (Z.B.S.) de Algotocín.

La V.D. es una actividad propia de todo el Equipo de Atención Primaria pero cabe destacar en ella las figuras del Trabajador Social y personal de enfermería.

El universo de estudio fue de 334 personas distribuidas en 98 familias.

En los resultados obtenidos podemos encontrar un análisis de la pirámide de población, nivel cultural y económico, vivienda, existencia de animales, cobertura sanitaria, conocimiento del Centro de Salud y de los servicios que presta.

Con estos resultados se pretende planificar actuaciones que impliquen a todo el equipo y a otras instituciones no sanitarias para mejorar la salud de la población.

INTRODUCCIÓN.

La necesidad de conocer el entorno del individuo para programar acciones dirigidas a elevar la calidad de vida de éste, está basada en el concepto ecológico de Salud.

La persona enferma o sana según el medio en que vive y, en este contexto, el domicilio como elemento principal donde se alimenta, descansa y se relaciona con su núcleo primario, tiene un papel fundamental en su salud, así como el resto de su ambiente, sus condiciones socio-económicas, etc.

Partiendo del diagnóstico social y de los problemas detectados en el desarrollo de las actividades del Centro, se planteó realizar esta investigación en dos núcleos diseminados de la Zona Básica de Salud (Z.B.S.) de Algotocón considerados en situación de riesgo por:

- a) Nivel socio-económico bajo (por debajo del salario mínimo).
- b) Nivel de instrucción bajo (analfabetos totales y funcionales, así como primaria incompleta).
- c) Mayor dificultad de acceso a los servicios sanitarios que el resto de las poblaciones de la zona.

La reforma sanitaria plantea en sus

líneas generales la necesidad de abarcar el cuidado del individuo, aislado o en grupo, de forma integral, alejándose del concepto tradicional de una sanidad para los enfermos y ampliando ésta a los sanos.

Este planteamiento trae consigo la necesidad de romper el esquema en el que el sistema sanitario se relacionaba con el individuo exclusivamente en las consultas y en el hospital, y el domicilio era visitado por estos únicamente si el enfermo no podía acudir al servicio.

La potenciación y el desarrollo de la Atención Primaria de Salud sitúa a la atención domiciliaria entre las funciones básicas del Equipo de Atención Primaria, asegurando la continuidad de la asistencia y el desarrollo de actividades preventivas.

La Visita Domiciliaria (V.D.) es una actividad propia de todo el Equipo, pero cabe destacar la figura del Trabajador Social como elemento que aglutina y canaliza las necesidades sociales detectadas y la del profesional de enfermería en su función educativa y en la prestación de cuidados de salud.

OBJETIVOS.

General. Conocer mediante la visita domiciliaria el entorno y las necesidades de las familias de Salitre

Documentos de Trabajo Social

y Siete Pilas, para programar acciones dirigidas a elevar la calidad de vida.

Específicos.

- Llegar a un conocimiento de la población localizada en los núcleos diseminados, determinando la edad, sexo, estado civil, nivel económico, nivel de instrucción, cobertura sanitaria y comunicaciones.

- Conocer las necesidades reales y las necesidades sentidas de la población.

RECURSOS.

- Humanos:

- 1 Trabajadora Social
- 5 Enfermeros
- 1 Auxiliar Administrativo
- 1 Celador-Conductor

- Materiales:

- Vehículo del Centro
- Censo Municipal
- Material de oficina.

Es necesario mencionar en este apartado que todos estos recursos son propios del Centro de Salud y en ningún momento se dispuso de asignación económica extraordinaria para el estudio.

METODOLOGÍA.

El proyecto de investigación fue elaborado y discutido en 5 sesiones conjuntas de Trabajadora Social y

Enfermería resultando un estudio descriptivo de los aspectos que repercuten en la salud individual, familiar y colectiva de la población.

Este estudio fue realizado entre los meses de Febrero de 1990 y Abril de 1991.

El procedimiento elegido para recopilar la información consistió en realizar una visita domiciliaria a cada una de las familias que componen los núcleos diseminados con el fin de mantener una entrevista en la que se aplicaba un cuestionario al cabeza de familia.

El personal que realizaba la visita domiciliaria hacía las preguntas y anotaba las respuestas.

Antes de realizar el estudio se hicieron 6 primeras entrevistas para validar el cuestionario.

Para llevar a cabo las visitas domiciliarias fueron distribuidas las familias entre la trabajadora Social y los 5 enfermeros, tomando como base los datos existentes en los censos de las poblaciones afectadas.

Fueron programados 10 días en los que un profesional acompañado de un celador-conductor con el vehículo del Centro dedicaba toda la jornada de trabajo a realizar visitas domiciliarias. Para ello otro compañero asumía la demanda asistencial de éste.

Aprovechando la particularidad de que el celador-conductor conocía perfectamente la zona y las personas del estudio, la visita domiciliar se iniciaba presentando el celador al enfermo o trabajadora social a la persona a entrevistar con un breve comentario sobre el motivo de la visita. Ello hacía que existiese un mejor clima a lo largo de la entrevista.

El universo del estudio era de 334 personas distribuidas en 98 familias y ubicadas en los 24 cortijos que forman la zona de "Salitre" y "Siete Pilas" pertenecientes a los municipios de Algotocón, Benadalid y Benalauría.

El cuestionario consta de 52 preguntas agrupadas en base a unos indicadores que nos permitieran medir el nivel socio-económico (preguntas 1, 2, 4, 5, 10, 11, 14 y 47), cultural (preg. 1), de salud (preg. 26, 27, 28, 31, 35, 37, 40, 45, 46), cobertura sanitaria familiar (preg. 3), así como otros datos de interés que inciden directa o indirectamente en la salud: conocimiento y uso de los servicios que presta el Centro de Salud (preg. 20, 24, 25, 29, 30, 36, 38, 39, 41, 42, 49, 50 y 51), accesibilidad al Centro (preg. 16 y 17).

Una vez obtenida toda la información se vació primero en una plantilla de recuento y posteriormente se hizo un análisis estadístico básico consistente en la elaboración de la pirámide

de población, tablas y diagramas de barras para poder interpretar los resultados del estudio y extraer conclusiones.

RESULTADOS.

Si bien los resultados obtenidos con el estudio de investigación son más amplios, aquí presentamos una serie de ellos que nos resultan más importantes.

1. Pirámide de población.

Podemos decir:

a) Presenta una imagen casi simétrica con respecto al sexo. No obstante existe un 11% más de hombres que de mujeres.

b) Con respecto a la edad, la base es estrecha (15'27%), presentando dos ensanchamientos en edades comprendidas entre los 15 y 29 años (26'65%) y los 50 y 74 años (35'63%).

2. Estado Civil.

Existe prácticamente el mismo número de solteros (47'31%) que de casados (46'71%).

3. Profesión.

- 14'37% es estudiante.
- 27'84% ama de casa.
- 26'35% trabaja por cuenta ajena.
- 13'48% es pensionista.

Documentos de Trabajo Social

4. Nivel Cultural.

- 20'39% no sabe leer ni escribir.
- Existe un 52'40% que tienen la primaria incompleta.

5. Cobertura Sanitaria.

El 100% de la población tiene cobertura sanitaria.

6. Ingresos mensuales.

a) Del entrevistado. Es de destacar que un 70% tiene unos ingresos entre 21.000 y 50.000 ptas. y que más del 31% tiene ingresos entre 21.000 y 30.000 ptas.

b) De la Unidad familiar.- Un 56% tiene ingresos comprendidos entre 21.000 y 60.000 ptas. Casi el 25% (24'49%) de las unidades familiares tienen ingresos entre 60.000 y 100.000 ptas.

7. Tipo de vivienda.

Con respecto a la vivienda podemos distinguir varios puntos:

a) Un 95% de las familias vive en viviendas unifamiliares.

b) El 88'78% tiene vivienda en propiedad.

c) Características.

- El 43'88% tiene entre una y dos habitaciones.

- El 32'66% tiene tres habitaciones.

- El 22'44% tiene más de tres habitaciones, destacando que la media de personas por familia es de tres

miembros.

- La mayor parte de las viviendas están bien soleadas (85'72%) y ventiladas (78'58%), pero debido al estado de mantenimiento y a su antigüedad presentan humedad y gotas.

d) Respecto al equipamiento del hogar se puede apreciar que un alto porcentaje carece de equipamiento básico como:

- Agua corriente: 86'74%

- WC: 66'33%

- Baño: 75'5%

- Agua caliente: 90'82%

- Frigorífico: 68'37%

- El tipo de calefacción utilizada es el braceró en un 87'76% de las familias.

- Otro dato importante es que un 41'84% de las viviendas no tienen ni luz eléctrica ni placa solar.

8. Eliminación de agua residuales.

Es de resaltar que el 66'36% no utiliza medios controlados.

9. Abastecimiento de agua.

- Todas las familias se proveen de esta a través de las fuentes naturales o manantiales existentes en la zona, sin control sanitario ya que no existe una red de abastecimiento.

- Un 40'82% transporta el agua en cántaros o recipientes de barro.

- Un 28'57% la transportan con gomas o tubos.

10. Existencia de animales.

Se aprecia que un 94% de familias posee animales destacando que el mayor porcentaje de estos son domésticos y de producción.

En cuanto a la ubicación de estos podemos decir que:

- el 43'88% se encuentran contiguos a la vivienda.
- el 35'71% se encuentran aislados, y
- el 11'22% dentro de la misma vivienda.
- es muy importante decir que un 17'35% de las viviendas tienen parásitos.

11. Distancia entre la vivienda y el servicio sanitario.

El 70'41% se encuentra a más de 8 Km. de su consultorio local.

12. Medio de locomoción para acudir al centro sanitario.

- El 29'59% de la población acude andando.
- El 18'37% en vehículo propio.
- El 12'24% en vehículo de terceras personas.
- El 27'54% andando y en vehículo de terceras personas.

13. Dedicación del tiempo libre.

- Un 15'31% manifiesta no tener

nunca tiempo libre.

- Un 73% manifiesta dedicar su tiempo libre a descansar, charlar con los amigos o pasear. Hay que decir que normalmente este tiempo de descanso son las horas en que no existe luz solar.

14. Conocimiento sobre la existencia del Centro de Salud.

El 89'80% de la población manifiesta conocer el Centro de Salud.

15. ¿A quién acude usted cuando se pone enfermo?.

- El 88'78% acude al médico.
- El 11'22% a otros (curanderos, farmacéuticos, automedicarse...).

16. Seguimiento del Tratamiento.

Sólo un 68'37% de la población manifiesta que sigue siempre el tratamiento prescrito.

17. ¿Para qué sirve el Centro de Salud?.

- Un 74'48% de la población no conoce en realidad cuáles son las funciones del Centro de Salud.
- Sólo un 22'45% manifiesta saber que el Centro de Salud realiza otras actividades distintas a la atención de la población enferma.

18. Conocimiento de los servicios

Documentos de Trabajo Social

que presta el Centro de Salud.

Alrededor de un 65% de la población manifiesta conocer algún programa de los que se están llevando a cabo en el Centro de Salud.

19. Enfermos crónicos en la familia.

Se detecta que en un 53'06% de las familias entrevistadas existe algún enfermo crónico destacando los siguientes tipos de enfermedades:

- H.T.A.: 28'84%
- Diabetes: 23'06%
- Enfermedades Mentales: 25%
- Otras: 21'15%, de las cuales la mayor parte dice padecer artrosis.

El 86'54% de éstos enfermos realizan control y seguimiento de esta enfermedad.

20. Minusvalías en la familia.

En el 17'35% de las familias existen minusválidos, siendo más del doble el tipo de minusvalía física sobre la psíquica.

Un 94% de ellos perciben ayuda económica por su enfermedad.

Asimismo un 58'52% de estos minusválidos necesitan ayuda de terceras personas para realizar sus tareas.

21. Influencia de la alimentación en la salud.

- Un 59'18% manifiesta que la alimentación influye en la salud.

- Un 8'16% dice que no, y
- El 32'66% no sabe o no contesta.

22. Dietas Prescritas.

Tan solo el 32'65% dice tener dietas prescritas por el médico de los cuales el 63'62% manifiesta seguirlas.

De las personas que manifiestan no seguir la dieta:

- un 63'64% dice no tener establecimiento donde comprar.
- un 9'09% manifiesta no tener recursos económicos, y
- un 18'18% no la creen necesaria.

23. Embarazo en el último año.

Sólo en un 5% de las familias ha habido un embarazo en el último año, controlándose, éste, en un 100% de los casos en el Centro de Salud.

24. Métodos anticonceptivos.

Sólo el 11'22% de los encuestados utilizan algún método anticonceptivos. De estos:

- al 63'64% se le recomendó en el Centro de Salud.
- al 18'18% se le recomendó en otros centros públicos.
- al 18'18% no se le recomendó nadie.
- sólo el 45'45% realizan control del método.

25. Vacunación a niños.

Se aprecia que tan solo en el 42% de las familias hay niños. De estos el 87'80% acude a vacunarse y el resto no.

26. Utilización de la consulta de pediatría.

El 51'21% de los niños van a la consulta de pediatría del Centro de Salud.

De los niños que acuden al pediatra:

- el 65'21% lo hace cuando está enfermo, y
- el 26% cuando el profesional se lo recomienda.

27. Servicio de Urgencias.

- el 58'16% lo han utilizado alguna vez.
- en un 52% de los casos, cuando lo han necesitado, han acudido al mismo centro.
- el 75'51% de los usuarios manifiestan haber sido bien atendidos cuando han utilizado este servicio, un 4'08% regular, un 1'02% mal, y por último un 19'39% no sabe o no contesta.

CONCLUSIONES.

Después de un análisis de los resultados obtenidos en el estudio presentamos otras, las siguientes conclusiones:

1. Existe una mayor dificultad de acceso a los servicios en general y a los de salud en particular.

Observando los resultados podemos advertir dos particularidades en esta población respecto a la accesibilidad a los servicios sanitarios:

a) Si bien la distancia media de estos núcleos de población no es mayor que la de otras poblaciones respecto al Centro de Salud si es preciso tener en cuenta que las comunicaciones son en su mayor parte por carriles y caminos en muchos casos de difícil acceso en vehículo.

b) Estos núcleos tienen sus consultorios locales en las poblaciones a las cuales pertenecen (Algotocín, Benadad y Benalauría), por tanto, en este aspecto existe una considerable diferencia en la dificultad de acceder a los servicios más comunes como administración de medicación, consulta médica a demanda, etc.

A estos dos aspectos hay que añadir que por no existir medio de transporte regular y carecer la mayor parte de la población de vehículos, acuden al Centro y los consultorios andando o en vehículos de terceras personas (un 70%). El tiempo medio que un usuario tarda en desplazarse andando desde su domicilio al Centro o un consultorio oscila entre 30 y 50 minutos dependiendo de la localiza-

Documentos de Trabajo Social

ción del cortijo.

2. El nivel cultural de la población estudiada es muy bajo respecto a la Zona Básica de Salud ya que existen:

- un 12'38% más de analfabetos y
- un 5'76% con primaria incompleta.

3. Aunque la mayor parte de la población (89'80) manifiesta conocer el Centro de Salud, se detecta que desconocen los servicios que presta.

4. Es curioso comprobar que, si bien en los resultados aparecen problemas de salud, ellos manifiestan tener un buen grado de bienestar respecto a su salud, cuestión que nos ha llevado a discutir el concepto actual de salud antes de planificar la intervención en el medio, principalmente por la falta de receptividad que pueda existir en la población.

IMPLICACIONES.

A raíz de estos resultados y conclusiones la trabajadora social y el personal de enfermería nos planteamos una serie de actuaciones que impliquen a todo el Equipo Básico de Atención Primaria (E.B.A.P.) y a otras instituciones no sanitarias en la mejora del nivel socio-económico y de salud de esta población. Tales actuaciones se pueden resumir en:

- Puesta en marcha un programa de difusión de funciones del Centro de Salud en toda la Zona Básica con una especial dedicación a estos diseminados.

- Aumentar la flexibilidad en la accesibilidad a los servicios sanitarios a las personas de estos núcleos siempre que la disponibilidad del servicio lo permita (horarios, elección de consultorios, citas, etc.).

- Intervención en el medio mediante revisiones periódicas del Programa de Vacunas de Andalucía (P.V.A.) a los niños que viven allí, campaña de vacunación antigripal, etc., así como visitas domiciliarias programadas a casos de riesgo y crónicos si la disponibilidad de personal lo permite.

- Aumentar la coordinación con el Servicio Social Comunitario, sobre todo priorizando las solicitudes de ayuda (económicas, prótesis, etc.) procedentes de estos núcleos.

- Poner en conocimiento de otras instituciones competentes los resultados del estudio y los aspectos en los que según nuestro parecer podrían introducir mejoras.

- Finalmente este estudio nos debe servir de punto de partida para la elaboración del diagnóstico de salud y el mapa de riesgo de la zona.

BIBLIOGRAFÍA.

- Martín Zurro A. y Cano Pérez J.F. Manual de Atención Primaria. Organización y Pautas de Actuación en la Consulta. Ediciones Doyma S.A. 1986. 14 : 174-183
- Boruelli F. Programas de Salud en Atención Primaria. Necesidad de innovaciones metodológicas. Atención Primaria 1986 3 : 91-96
- Pineau R. La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Ed. Masson. Barcelona 1987.
- La Población de la Provincia de Málaga. Diputación Provincial de Málaga. Mayo 1989.
- Manual de normas de cumplimentación de la Historia de Atención Primaria. Series Manuales. Dirección General de A.B. y Promoción de la Salud. 1986.
- García Manzaneda, Hector. Manual de Investigación Aplicada en Servicios Sociales y de Salud. Ed. La Prensa Mexicana S.A. 1983.
- Salud Pública. Curso de Nivelación de A.T.S. U.N.E.D. 1982.
- Investigación en Enfermería. Enfermería Clínica. Doyma. Marzo-Abril 1991.
- Kisnerman, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Humanitas. 1983.
- Mora, M^a Angeles. Estadística para Enfermería. Ed. Pirámide S.A. 1983.
- La Reforma Sanitaria en la Atención Primaria. Serie monográfica nº 3. Consejería de Salud y Consumo. 1985.
- Manual de Coordinación de Enfermería y Trabajo Social. Gerencia Provincial S.A.S. Málaga.
- Manual para la Organización de la Formación continuada del personal de Enfermería. Dirección General de Atención Primaria.
- Modalidades de atención de enfermería en A.P.S. Subdirección Provincial de Atención Primaria de Málaga.

Bibliografía comentada.

LUCHA CONTRA LA POBREZA HOY. Victor RENES AYALA. Ediciones HOAC. Madrid. 1993

Mariola Palma García. Diplomada en Trabajo Social. Centro de Servicios Sociales Vélez-Málaga.

Victor Renes Ayala autor de este libro es sociólogo, miembro del Equipo Técnico de Cáritas Española y un especial interesado en investigaciones sobre la pobreza, la inserción de los excluidos y la política social, de lo que esta obra es buena muestra.

Lo primero que llama la atención de este libro es su sencilla intención de ser, únicamente, un instrumento para el debate y diálogo sobre la pobreza, eludiendo mayores pretensiones de "sentar cátedras" sobre el tema que cierran el análisis y quiten protagonismo al lector/a en su posicionamiento y reflexión. Con esta intención distingue el autor en su obra, dos partes claramente definidas: una primera que abunda en qué es la pobreza -conceptos, características, relación con otros términos como desigualdad, cifras, perfiles reales, etc...- y los procesos de empobrecimiento. Esta parte inicial centra al lector/a en el punto de partida adecuado para proseguir la lectura, ya que cumple una función de vía intro-

ductoria y aclaratoria, al pretender quitar el tupido velo que, en la realidad diaria, envuelve al tema. La segunda parte hace referencia, más directamente al título de la obra, centrándose en ofrecer y reflexionar sobre estrategias actuales o a desarrollar la lucha contra la pobreza. En este sentido, ahonda en las políticas sociales, estrategias de acción, agentes sociales intervinientes,... e incluso llega a definir unas posibles tareas a desarrollar.

Ambas partes del texto están acompañadas de datos recabados de estudios e investigaciones nacionales e internacionales que se han venido realizando últimamente sobre el tema y que aportan al contenido del libro un grato carácter de actualidad.

Una vez presentada la estructura general del libro -que seguramente cualquier lingüista mejoraría- me parece de mayor interés resaltar las ideas centrales que desde mi punto de vista podrían resumir el libro y

Bibliografía comentada.

que justifican la riqueza y utilidad profesional del mismo para los trabajadores y trabajadoras de la intervención social. Por un lado, la primera aportación relevante del texto es el entendimiento de la pobreza como un fenómeno multidimensional. Hay que evitar reducir la pobreza a un estado meramente de carencia económica. Sólo se podrá abordar con eficacia, si se es consciente de la multitud de variables que intervienen en la misma. En segundo lugar, creo que Victor Renes quiere hacer ver al lector/a que existen pobres porque existen ricos. Ofrece argumentos de peso para no caer en una concepción individualista de la pobreza, poniendo de relieve que ésta adquiere su

máximo sentido entendida dentro de un modelo socio-económico y político que posibilita y favorece la existencia de desigualdades.

Por último, me atrevería a elegir un párrafo del libro, como reto profesional para los/as trabajadores/as sociales, y este es: "la lucha contra la pobreza persigue como una estrategia básica que los sujetos de la pobreza se constituyan definitivamente en sujetos de su propio desarrollo" (Pág 277). Este no es más que el objetivo final que debe orientar el desempeño diario de los/as trabajadores/as sociales que sin duda, es necesario actualizar constantemente a través de lecturas como este libro, entre otros medios.

NOTA.- En el comentario bibliográfico del N^o 0 sobre el libro "Los Servicios Sociales", aparece un error en los gráficos. En la página 144: en el segundo gráfico no debe aparecer el recuadro ubicado en la parte inferior derecha, que pone Serv. So.

Documentos de Trabajo Social.

INDICACIONES GENERALES PARA LA PRESENTACION DE TRABAJOS A LA REVISTA DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL.

1. La revista Documentos de Trabajo Social, como medio de publicación científico-técnica del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga, está abierta a la publicación de trabajos de todos los Diplomados en Trabajo Social y otros profesionales sociales.

2.- Los trabajos publicables en Documentos de Trabajo Social pueden ser:

- * Exposición de investigaciones.
- * Trabajos teóricos.
- * Exposición de experiencias.
- * Trabajos sobre métodos y técnicas.
- * Artículos de opinión.

3.- Los contenidos de los trabajos publicables:

- * Contenido teórico de Trabajo Social: métodos, técnicas, teorías, orientaciones, investigaciones, profesión, docencia e investigación, ...
- * El Trabajo Social en los distintos campos de aplicación y su dimensión interdisciplinar: Servicios Sociales, Sanidad, Educación, Justicia, Empresa, Iniciativa Social, ...
- * Aportaciones al Trabajo Social de otras disciplinas de las ciencias sociales y de las nuevas tecnologías.
- * Política Social.

4.- Documentos de Trabajo Social tiene como ámbito geográfico preferente para la captación de trabajos la provincia de Málaga y la Comunidad Autónoma de Andalucía.

5.- Presentación de trabajos:

- * Los trabajos serán remitidos al Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga, C/ Alamos 17, 1º, D.P. 29012 Málaga.
- * La presentación de trabajo se pueden hacer de dos formas:
 - a. Mecanografiados en papel tamaño DIN-A4, a doble espacio, por una sola cara. Con una extensión de un máximo de 30 páginas y un mínimo de 7.
 - b. En disquetes informáticos, preferentemente en WordPerfect 5.1. Con una extensión de un máximo de 5.600 palabras y un mínimo de 1.600.

Las referencias bibliográficas no contabilizan a estos efectos.

Documentos de Trabajo Social.

* El autor/a o los autores/as adjuntarán al artículo un resumen de un máximo de 20 líneas y un mínimo de 10.

* Cuando el soporte utilizado sea DIN-A4, los cuadros y gráficos se detallarán en hoja aparte, con indicación de página y espacio donde deberán insertarse.

* Las anotaciones y referencias bibliográficas se reflejarán a pie de página, enumeradas por orden de aparición en el texto. En su caso, se indicará la bibliografía consultada en hoja aparte.

* El autor/a o autores/as remitirá, siempre en soporte papel, aparte del artículo, los datos personales que se reflejan a continuación:

- Nombre y apellidos.
- Domicilio y teléfono de contacto.
- Situación laboral (parado o empleado).
- Lugar de trabajo.
- Años de ejercicio profesional y experiencia que tiene en el campo del que versa el artículo.
- Otras publicaciones.
- Título del artículo, con indicación de si ha sido presentado y/o expuesto en algún otro medio.

* En los casos, en los que varios autores presenten un trabajo, los nombres de éstos aparecerán por orden alfabético.

6. Calidad de los trabajos:

Se exigirán unos mínimos de calidad científico-técnica para la publicación de trabajos. El Equipo de Redacción, en base a los criterios que tiene establecido, valorará los trabajos presentados. El desarrollo de los artículos se fundamentarán en un esquema lógico que permita la comprensión del contenido y mantenga un mínimo rigor científico: introducción, exposición de datos, análisis y conclusiones, metodología y referencia bibliográfica.

7. Los artículos que no sean inéditos se publicarán en función de dos criterios:

- * Que se haya publicado en medios de difícil acceso para los Diplomados en Trabajo Social.
- * Que se haya publicado en otro idioma.

8. Los artículos serán propiedad del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga, salvo en los casos en los que se hayan publicado en otro medio.

9. El Equipo de Redacción valorará todos los trabajos que se reciban. Se comunicará la decisión al autor/a. En caso de no aceptación se devolverá el trabajo original. En caso de aceptación, el autor/a recibirá una certificación de la publicación.