

# DTS

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

Nº 20 • **SEGUNDO** CUATRIMESTRE DE 2000

EDITA Y DIRIGE:



Colegio Oficial de Diplomados  
en Trabajo Social de Málaga

# DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL Nº 19

Primer cuatrimestre de 2000

*EDITA Y DIRIGE*

## **Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga**

C/ Muro de Puerta Nueva, 9 - 1º C · 29005 Málaga  
Tel. 952 227 160 · Fax 952 227 431  
E-mail: malaga@cgtrabajosocial.es

*VOCALÍA DE PUBLICACIONES Y BIBLIOTECA*

*CONSEJO DE REDACCIÓN*

Mari Luz Burgos Varo, Laura Carvajal Hidalgo,  
Francisco Cosano Rivas, Eva Díaz Aguilar,  
Paloma Mora Rosado, Antonio Naváez Rodríguez,  
Yolanda Peña Cañada, M<sup>a</sup> Luisa Taboada González  
y Rosa M<sup>a</sup> Valero Rodríguez.

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

*SECRETARÍA TÉCNICA*

Beatriz Garrido Gutiérrez

*ASESORA DE PUBLICACIONES*

Pilar Salado Jimena

*ENTIDAD COLABORADORA*

Excmo. Ayuntamiento de Málaga  
Escuela Universitaria de Trabajo Social de Málaga

*DISEÑO*

Magdalena García y Antonio Pedrajas

Presentación .....	4
La prevención en drogodependencias desde la perspectiva del Trabajo Social .....	7
Mónica Tabares Arrebola	
El estrés en el siglo que viene .....	17
Juan Manuel Domínguez Fuentes	
Propuesta para la creación de la unidad de atención socio-sanitaria del Distrito Sanitario de Málaga .....	29
M <sup>a</sup> L. BURGOS VARO, A. CARRASCO RODRIGUEZ, R. CASTILLA MORA A. DELGADO FERNANDEZ, E. GONZALEZ GONZÁLEZ, G. GONZÁLEZ RAMÍREZ, V. VIZCAÍNO RUIZ	
Servicio Socio-Jurídico para personas presas y sus familiares, una realidad desde la participación .....	55
Rafael Arredondo Quijada	
Coordinación Comunitaria e intersectorial instrumento de una estrategia de promoción de salud en el área 1 del Insalud de Madrid .....	81
Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar	
Convocatoria .....	117
Boletín de suscripción .....	123
Índice de números publicados .....	125

Este número que os ofrecemos gira en torno a la salud, abordada desde puntos de vista muy diversos aunque todos desde el ámbito de lo psicosocial. Trataremos además un tema cada vez más extendido en la sociedad: el estrés.

Se dice que el S. XX será conocido como "el siglo del estrés" y, sin embargo, este problema no tiene ninguna perspectiva de solución, antes al contrario, nuestro colaborador nos anticipa su continuación en el próximo siglo y nos ofrece una eficaz técnica para afrontarlo: la relajación progresiva.

Más minoritario, pero no menos importante por ello, es el fenómeno de las drogodependencias, un problema que los Trabajadores Sociales tocamos muy de cerca conviviendo con los conflictos sociales derivados de ellas desde nuestros distintos campos de actuación. Los autores de este artículo nos hacen reflexionar sobre la importancia de la prevención en este tema, y, tras una referencia a su evolución y encuadre legal, profundizan sobre el concepto de la prevención, aportando las funciones del trabajador social en este área de actuación.

Desgraciadamente no es tan minoritario el fenómeno del SIDA en las prisiones, pues, según los autores de nuestro artículo, entre el 80-90% de los presos tiene problemas de drogas y entre el 20-25% padece VIH/SIDA. También nos aportan su interesante experiencia en la constitución de la Plataforma Prisión y SIDA, donde han trabajado duro contra "el viento y marea" de las instituciones para poder ofrecer alternativas que, al menos, puedan contribuir a evitar la indefensión "social" de los presos y de sus familias. Nos hacen el balance de la constitución de un Servicio Socio-Jurídico que ha permitido orientar distintas situaciones para hacer conocer los vericuetos del sistema jurídico a la población más marginal y, por tanto, con más posibilidad de exclusión social.

Por otro lado, desde el Área 1 del INSALUD de Madrid nos exponen el desarrollo de un magnífico trabajo de Promoción de Salud, que podríamos calificar "de libro" por cumplir con los requisitos básicos que la bibliografía y los acuerdos internacionales plantean sobre el tema.

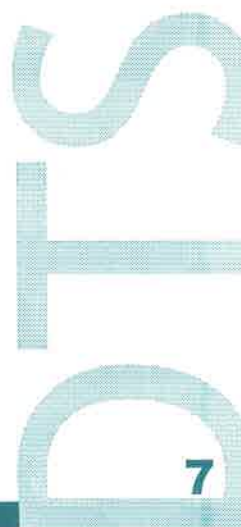
Partiendo de las líneas marcadas por la OMS en las Conferencias de Alma-Ata y Ottawa han logrado un proceso de trabajo conjunto entre técnicos y comunidad para mejorar los niveles de salud, si bien, significativamente y como resaltan en sus conclusiones, el nivel político ha ido "a remolque" en el proceso.

Esta experiencia ha de servir como modelo al Servicio Sanitario Andaluz, que en los últimos años está empleando una política economicista y neoliberal, propiciando una "vuelta atrás" de la Reforma Sanitaria iniciada en los ochenta. Debido a ello, los Trabajadores Sociales de Atención Primaria, como profesionales que forman parte de los aspectos más representativos de la Reforma (salud integral, interprofesionalidad, trabajo comunitario e intersectorial), están siendo afectados por esta regresión pues así se pretende eliminar los Equipos Básicos y conformar las "Unidades Clínicas", en las cuales no está presente la figura del Trabajador Social que pasa a formar parte de la Unidad de Apoyo del Distrito, reduciéndose el número de profesionales y produciéndose un vacío en cuanto a objetivos y funciones.

A petición de su Distrito, un grupo de TT.SS. de la capital malagueña ha desarrollado un proyecto de lo que se llamará "Unidad de Atención Socio-Sanitaria" o de "Orientación y Apoyo Social", el cual os presentamos aunque no sin antes seguir reivindicando la figura del Trabajador Social como elemento básico de los Equipos de Salud.



# La prevención en drogodependencias desde la perspectiva del Trabajo Social



- Introducción.
- Evolución del Fenómeno de las Drogodependencias.
- Breve referencia a algunas Disposiciones Legales sobre la prevención de Drogodependencias.
- Principios Generales de Prevención.
- Enfoques Clásicos de Prevención.
- Niveles, Objetivos y Agentes de Prevención.
- Principales: Funciones del Trabajador Social en Prevención de Drogodependencias.
- Conclusiones Finales.
- Bibliografía.

Mónica Tabares Arreola



## Introducción

Desde finales de la década de los 70, el uso de las drogas ilegales se considera un problema social. Actualmente siguen siendo necesarias la elaboración y puesta en práctica de programas encaminados a la prevención de Drogodependencias, dirigidos tanto a la población juvenil como a la población más adulta. Es fundamental realizar y llevar a cabo estos programas con carácter preventivo porque con ellos, entre otras cosas, se pretende disminuir los problemas que surgen a consecuencia del consumo abusivo de las drogas.

A través de la información de carácter preventiva que se ofrece a la población en general, lo que se pretende lograr principalmente es la adquisición por parte de ésta de hábitos de vida saludables. Proporcionando la información necesaria sobre los tipos de drogas existentes y de los efectos que ocasionan el consumo de dichas drogas, quizás, podamos lograr algún día que el consumo de estas sustancias disminuya con más rapidez o incluso que desaparezca en su totalidad, ya que esto sería lo ideal. Y es que desde la prevención se pretende también facilitar a los padres indicadores que puedan servirles para detectar si sus hijos están consumiendo drogas, evitando de esta forma que estos chicos se hagan drogodependientes.

Pero, ¿qué entendemos por Prevención y por Drogodependencia? En la Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas (en su artículo 5 apartado a) se define el concepto de Prevención entendiéndolo como «todas aquellas medidas encaminadas a limitar, y en su caso eliminar, la oferta y la demanda de drogas, así como las consecuencias dañosas asociadas a su consumo», y en este mismo artículo (en su apartado c) también se define el concepto de Drogodependencia, entendiéndola como «una enfermedad crónica y recidivante que afecta al estado físico, psicológico y social del individuo, caracterizado por una tendencia compulsiva al consumo de drogas».

Partiendo de estas definiciones, voy a tratar de dar una visión más amplia del concepto de prevención de drogodependencias y de lo relevantes que son las distintas funciones que podemos desempeñar los Trabajadores Sociales en esta fase, no sólo en el plano individual (el consumidor) sino también en un plano general, es decir, en el ámbito familiar y social.

## **Evolución del fenómeno de las drogodependencias**

Antes de profundizar en el concepto de prevención, veo necesario hacer una breve mención al proceso evolutivo del fenómeno de las Drogodependencias en la sociedad.

### ***Década de los 70***

A partir de 1973 aparecen los primeros consumidores de heroína. La evolución del consumo de esta droga (vía inyectada) y la aparición del SIDA, hizo que se conociese a la heroína como un producto propio de la población marginal. Actualmente existen aún consumidores de carácter crónico.

### ***Década de los 80***

En los años 80 se incrementa considerablemente el consumo de la cocaína, sobre todo, en el colectivo formado por los heroínómanos.

### ***Década de los 90***

En los años noventa irrumpen en las llamadas «movidas nocturnas» las denominadas drogas de diseño, destacando entre otras, el éxtasis.

No podemos dejar de un lado la que sin duda ha sido, y continúa siendo entre las drogas no institucionalizadas, la sustancia objeto de mayor consumo: el hachís.

Con relación a las denominadas drogas institucionalizadas haré referencia al consumo de tabaco, el cual, parece ser, según los últimos estudios realizados, que en los últimos años ha experimentado un retroceso, centrado principalmente en adolescentes y jóvenes. Sin embargo, en su defecto, el consumo de alcohol ha aumentado espectacularmente en la población juvenil.

## **Breve referencia a algunas disposiciones legales sobre la prevención de drogodependencias**

- Orden de 30 de abril de 1982, para la creación de los «Grupos de Orientación y Prevención» dentro de las Fuerzas de Seguridad del Estado.

- R.D. 1990/1984, de 26 de septiembre, sobre el empleo de los medicamentos y demás productos sanitarios y sobre la prevención de su uso indebido y de su tráfico ilícito.
- Ley 20/1985, de 25 de julio, sobre prevención y asistencia en materia de sustancias que puedan generar dependencia (Comunidad Autónoma de Cataluña).
- Ley 5/1998, de 24 de marzo, por la que se crea la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas.
- Ley 15/1988, de 11 de noviembre, sobre la prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias (Comunidad Autónoma del País Vasco).
- Ley 10/1991, de 10 de mayo, de modificación de la ley 20/1985, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia (Comunidad Autónoma de Cataluña).
- Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes (Comunidad Autónoma de Castilla y León).
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Ley 4/1997, de 9 de julio, de prevención y asistencia en materia de drogas (Comunidad Autónoma de Andalucía).
- Ley 5/1997, de 6 de octubre, de prevención, asistencia e incorporación social en materia de drogodependencias (Comunidad Autónoma de Cantabria).
- Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social (Comunidad de la Región de Murcia).

## Principios generales de prevención

### **Globalidad**

Entendiendo este principio desde un doble sentido:

- El abordaje íntegro de los usos inadecuados de todas las drogas, ya que pueden generar problemas tanto a nivel personal como social.

- La actuación sobre los diversos factores que puedan favorecer el interés de las personas por el consumo de drogas.

### **Normalización**

Mediante este principio, lo que se pretende es acabar con los «tabúes» existentes con relación a las drogas y a los consumidores de éstas, y, por otra parte, favorecer desde los recursos normalizados una prevención centrada principalmente en las estructuras de nuestra sociedad: la escuela, la familia, los espacios de tiempo libre...

### **Intersectorialidad e Interinstitucionalidad**

Se hace necesario que haya un compromiso entre las distintas áreas relacionadas con el tema que tratamos (educación, salud, bienestar social etc.), así como también resulta necesario que exista una coordinación entre las diversas instituciones a la hora de buscar alternativas de solución al fenómeno de las drogodependencias.

### **Participación**

Entendiendo ésta como la búsqueda de un compromiso ciudadano a la hora de hacer frente a los problemas que presenta el abuso de drogas.

## **ENFOQUES CLÁSICOS DE PREVENCIÓN**

### **Destacan 4 enfoques Clásicos de Prevención:**

#### **Ético-Jurídico**

Da prioridad a la sustancia (legal - ilegal). En la escuela se concreta en charlas a padres/madres y alumnado, realizadas por figuras relacionadas con el orden público. Su actuación se centra principalmente en penalizar la producción, distribución, venta y posesión de estas sustancias. Se le relaciona con los estereotipos sociales de:

- Droga - delincuencia.
- Droga - droga ilegal.
- Prevención - información.

### ***Médico-Sanitarista***

Da prioridad a la sustancia y a sus efectos sobre la salud física. Su actuación se concreta en mantener a los consumidores alejados de los no consumidores para evitar que estos últimos puedan consumir. Otra actuación que se realiza desde este enfoque es la de identificar y tratar a los individuos con factores de riesgo y la de llevar a cabo una labor educativa, con la finalidad principal de informar sobre los riesgos que puedan provocar el consumo de drogas. En la escuela se centra en charlas puntuales a padres/madres y alumnado, realizadas por figuras relacionadas con lo sanitario, y en la elaboración de carteles o folletos dirigidos a la comunidad escolar, en el que se reflejen los efectos de las drogas en la salud pública y en su relación con la muerte. Se relaciona con los estereotipos sociales de:

- Drogodependencia - enfermo.
- Prevención - vacuna.
- Prevención - información.
- Droga - muerte.

### ***Psicosocial***

Da prioridad al individuo en su contexto. Su actuación se concreta prioritariamente en la reducción de la demanda. En la escuela se centra en la incorporación de la prevención dentro del tema transversal de educación para la salud.

### ***Socio-Cultural***

Da prioridad al contexto social y cultural. Su actuación se concreta en la modificación de las condiciones ambientales que de alguna forma favorecen la aparición de comportamientos destructivos. En la escuela se centra en la mejora de las instalaciones y la dotación material de los centros, actividades de educación no formal y actividades extraescolares. Se relaciona con los estereotipos sociales de:

- Droga - paro.
- Droga - familias o zonas con problemas socioeconómicos.

## Niveles, objetivos y agentes de prevención

### ***Niveles de Prevención***

- Nivel Primario:

Antes de cualquier indicio evidente que presagie el uso de drogas.

- Nivel Secundario:

Cuando ya se ha producido una situación relacionada con el uso de drogas.

- Nivel Terciario:

Después de instaurarse un uso problemático de las drogas.

### ***Objetivos específicos de los Niveles de Prevención***

- Evitar la aparición del problema de drogodependencias (prevención primaria).
- Realizar un diagnóstico temprano y llevar a cabo un tratamiento oportuno (prevención secundaria).
- Disminuir las secuelas originadas por la dependencia y habilitar a los sujetos para el desarrollo de una vida normalizada (prevención terciaria).

### ***Agentes de Prevención***

- En el Nivel Primario los agentes de prevención son las personas más próximas al individuo o grupo (familia, profesorado, mediadores etc.).
- En el Nivel Secundario los agentes de prevención son las personas más próximas al individuo o grupo en colaboración con los especialistas.
- En el Nivel Terciario los agentes de prevención son los especialistas junto con las personas más próximas al individuo o al grupo.

## Principales funciones del trabajador social en prevención de drogodependencias

En general, las funciones del Trabajador Social se centran en:

- Ayudar a expresar las necesidades reales por parte del consumidor y de su familia.
- Ayudar a comprender y aceptar, tanto al consumidor como a su familia, que dejar las drogas significa un proceso de maduración en el que no caben las prisas.
- Ayudar a la familia a conocer dónde están las dificultades, de modo que inicien su implicación en el proceso terapéutico.
- Facilitar al consumidor y a la familia el acceso a recursos que les puedan ser necesarios.
- Realizar una buena derivación, cuando proceda, hacia los servicios especializados.
- Favorecer la reinserción o incorporación social de los consumidores.

## CONCLUSIONES FINALES

Para concluir diré que, desde mi punto de vista, las actuaciones que debe llevar a cabo un Trabajador Social en materia de Prevención de Drogodependencias deben ir encaminadas a:

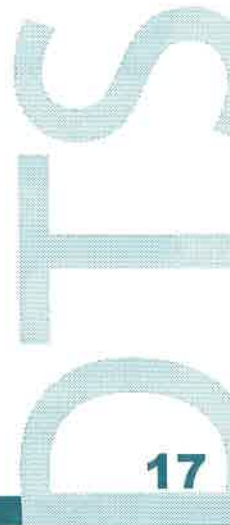
- Facilitar información para favorecer el desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades de la población en general.
- Modificar las condiciones que puedan generar riesgos para los individuos, grupos y comunidades.
- Fomentar la participación tanto de las familias que padecen esta problemática como del resto de los miembros de la comunidad.
- Promover la formación mediante actividades específicas encaminadas a capacitar tanto a profesionales como a personas interesadas en formarse en este tema.

## Bibliografía

- Comisionado para la Droga. *Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas*. Edit. Junta de Andalucía.
- Helero J.C. y Ortiz Anda A. *Municipios Libres de Drogas*. Edit. Edex.
- *Prevención de Drogodependencias. Contenidos Generales*. Edit. Programa de Prevención en Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid. Ministerio de Educación y Ciencia. Comunidad de Madrid. Ayuntamiento de Madrid (1995).
- Comisionado para la Droga. *Programa de Prevención de drogodependencias (tabaco y alcohol) al finalizar la Educación Primaria*. Edit. Junta de Andalucía.
- Comisionado para la Droga. *Cuaderno de Orientación para Asistentes Sociales*. Edit. Junta de Andalucía.
- Comisionado para la Droga. *Cuaderno de Orientación para Educadores. La intervención educativa ante las drogodependencias*. Edit. Junta de Andalucía.
- Comisionado para la Droga. *Programa de prevención comunitaria. Ciudades sin Drogas*. Edit. Junta de Andalucía.
- Funes J. *Drogas y Adolescentes*. Ed. Aguilar.
- *Tratado sobre la prevención de las drogodependencias*. Edit. Edex.



# El estrés en el siglo que viene



- Introducción.
- ¿Qué entendemos por Estrés?
- Sintomatología del Estrés.
- ¿Por qué nos estresamos?
- ¿Qué es el afrontamiento?
- Tipos de reacciones al estrés.
- Relajación progresiva como alternativa.
- Conclusiones.
- Bibliografía.

Juan Manuel Domínguez Fuentes  
Psicólogo

## Introducción

En una sociedad en la que el estrés forma parte de la cotidianeidad, se hace inevitable plantearnos hasta qué punto influye o puede influir éste en nuestras vidas. Inmersos en el nuevo siglo, lleno de avances técnicos y científicos, cabe preguntarse qué podemos hacer para afrontar este mal social, causado por nosotros mismos. Y es que entre las principales causas de muerte hoy día, se encuentran las enfermedades cardíacas, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares. Todas ellas, con un mismo denominador común, el estrés como factor de riesgo.

El presente artículo, tratará lo que actualmente se entiende por estrés y cuál es su relación con las alteraciones de la salud, proponiendo, asimismo, una alternativa eficaz de afrontamiento.

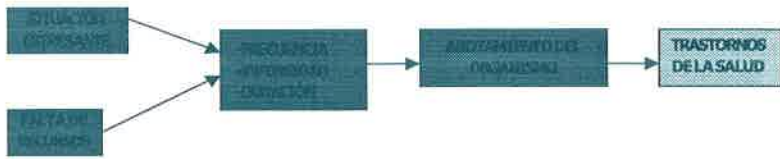
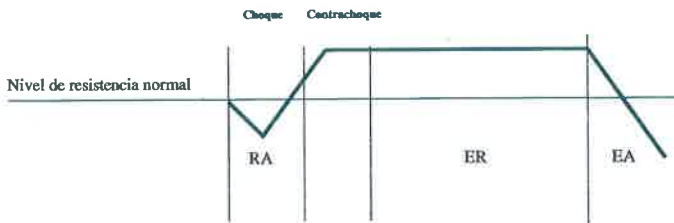
### ¿Qué entendemos por estrés?

El estrés es una respuesta general del organismo ante una serie de demandas internas o externas y la consiguiente movilización de recursos psicológicos y fisiológicos para hacerles frente. De entre todas las definiciones del término existe una ampliamente conocida y aceptada por los psicólogos:

***"El estrés es un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que "grava" o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal"***

**(Lazarus y Folkman, 1984)**

Debe quedar claro que el estrés no siempre es sinónimo de amenaza o daño, ya que puede resultar beneficioso para la salud. Tal es el caso de la persona que deja de fumar tras el consejo de su médico, que le advierte de futuros problemas, por ejemplo, pulmonares. En estos casos, la persona se moviliza a la búsqueda de alternativas que contribuyan a su bienestar. Pero entonces, ¿cuándo se constituye como problema?. La respuesta es sencilla: desde el momento en que es excesivo, superando un límite tolerable, ya sea cuantitativo o cualitativo. Un exceso continuado, conlleva el agotamiento del organismo.

**Tabla 1:** Relación entre los factores de estrés y la salud**Tabla 2:** Síndrome General de Adptación del Organismo

RA= Reacción de adaptación. Frente a una situación estresante, el organismo reacciona para hacerle frente. Esta etapa consta de dos fases, choque y contrachoque. Durante la fase de choque, se produce la reacción inicial al agente nocivo y durante el contrachoque nos movilizamos para defendernos frente a la etapa de choque.

ER= Etapa de resistencia. Durante un tiempo, nuestro organismo se mantiene alerta y activo en ese afrontamiento. Sin embargo, ese estado no puede mantenerse perpetuamente, así que se produce una adaptación del organismo al estresor.

EA= Etapa de agotamiento. Nuestro organismo no es capaz de mantener esa situación de alerta de forma ilimitada. Así, tras un tiempo, se produce el agotamiento y esa resistencia decae.

(según Selye, 1960)

### 3. Sintomatologías del estrés

Ya hemos dejado claro, que el estrés, ese estrés perjudicial, tiene mucho que ver con las alteraciones de la salud. Veamos cuáles son estas posibles alteraciones:

**Tabla 2:** Trastornos de la salud relacionados con el estrés.

<b>Trastornos cardiovasculares</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hipertensión</li><li>- Enfermedad coronaria (angina de pecho, infarto de miocardio)</li><li>- Taquicardia</li><li>- etc.</li></ul>
<b>Trastornos respiratorios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Asma bronquial</li><li>- Síndrome de hiperventilación</li><li>- etc</li></ul>
<b>Trastornos inmunológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gripe, herpes, tuberculosis</li><li>- Cáncer</li><li>- SIDA</li></ul>
<b>Trastornos gastrointestinales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Úlcera péptica</li><li>- Dispepsia funcional</li><li>- Colitis ulcerosa</li><li>- Otros: molestias digestivas, digestiones lentas, estreñimiento, gases o aerofagia, dificultades para tragar por espasmos exofágicos.</li></ul>
<b>Trastornos musculares</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Incremento de la tensión muscular general</li><li>- Tics, temblores y contracturas mantenidas</li><li>- Alteración de los reflejos musculares</li></ul>
<b>Trastornos dermatológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prurito</li><li>- Sudoración excesiva</li><li>- Dermatitis atópica</li><li>- Otros: Alopecia, urticaria crónica, hipersecreción</li></ul>
<b>Trastornos sexuales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Impotencia</li><li>- Eyaculación precoz</li><li>- Coito doloroso</li><li>- Vaginismo</li><li>- Alteraciones de la libido</li></ul>
etc.	

#### 4. ¿Por qué nos estresamos?

Las personas diferimos en nuestra forma de percibir las cosas. Lazarus y Folkman hablan de diferentes tipos de evaluación del medio:

- **Evaluación Primaria.** Se distinguen tres tipos de evaluación primaria:
  - a. **Irrelevante.** En aquellos casos en los que el encuentro con el medio carece de valor no supone ningún tipo de implicación para la persona.
  - b. **Benigna-positiva.** En casos como el que anteriormente se ha mencionado y que suponen consecuencias positivas para lograr o preservar el bienestar personal.
  - c. **Estresante.** Se trata de situaciones que conllevan daño/pérdida, amenaza o desafío para la persona
- **Evaluación Secundaria.** Este tipo de evaluación determina qué tipo de afrontamiento puede hacerse. Se trata de un proceso en el que vamos a valorar aquellas opciones posibles a aplicar y cuáles son sus posibles consecuencias. Aquí quedan recogidas tanto estrategias efectivas como aquellas que no lo son, o lo son menos. Esta evaluación, junto a la evaluación primaria, determinarán el grado e intensidad de estrés y la calidad de la respuesta.
- **Reevaluación.** La reevaluación se produce cuando sobre una evaluación inicial aplicamos un cambio, debido a que recibimos nueva información por parte del entorno o de las reacciones de éste. Por ejemplo, el caso de un estudiante que a dos días de un examen, y con la materia preparada, se entera de que el profesor ha incluido materia adicional para la prueba y, por tanto, su evaluación inicial respecto a la prueba debe cambiar. Esta nueva información, le obligará a plantearse si está suficientemente preparada para su superación.

Es necesario hablar de *variables personales* relevantes en el desarrollo del estrés, por aquello de que situaciones potencialmente estresantes no son condición suficientes para generarlo. Así, siguiendo el modelo propuesto por Lazarus y Folkman, el impacto del estrés está en función del tipo de valoración que se realiza, en primer lugar sobre la experiencia

estresante y posteriormente, sobre aquellos recursos de los que se disponen para hacerle frente.

## 5. ¿Qué es el afrontamiento?

Actualmente se entiende por afrontamiento o *coping* todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a manejar esas demandas (internas o externas) que han sido evaluadas como excedentes a los recursos de los que dispone el sujeto. De esta forma, se trata de un proceso cambiante en el que la persona ha de disponer de medios (por ejemplo, apoyo social) para responder a tales demandas. Por otra parte, asumimos que la puesta en práctica de distintos estilos de afrontamiento, pueden poseer diferentes valores adaptativos, así como la existencia de patrones más estables que otros. Numerosos autores han trabajado en este sentido, de tal forma que se han llegado a aislar una serie de dimensiones referidas al afrontamiento:

- I. **Confrontación** (son acciones dirigidas a la situación que provoca el estrés)
- II. **Distanciamiento** (tratar de olvidar el problema, negar que existe esa situación)
- III. **Autocontrol** (guardar los problemas para sí mismo)
- IV. **Búsqueda de Apoyo Social** (pedir ayuda a los demás)
- V. **Aceptación de la responsabilidad** (disculparse, reconocerse causante del problema, criticarse a sí mismo)
- VI. **Huida-evitación** (esperar a que ocurra un milagro, beber, usar drogas, etc)
- VII. **Planificación de solución de problemas** (establecer un plan de acción y seguirlo)
- VIII. **Reevaluación positiva** (conlleva un enfoque positivo de cómo ha resultado la experiencia)

Por otra parte, considerar el estrés como proceso, conlleva asumir una serie de principios:

- 1) El afrontamiento puede resultar **adaptativo o no**. No existe un afrontamiento universal adaptativo, por el hecho de que se integran múltiples factores, como la persona, el tipo de encuentro, etc.
- 2) El afrontamiento depende del **contexto**. La estrategia utilizada dependerá de cómo se presente la amenaza, así como de la significación adaptativa y los requerimientos de otras amenazas.

- 3) Hay estrategias más **estables** que otras. Así, parece ser que *Lazarus* ha obtenido datos que apuntan hacia una mayor estabilidad para la estrategia "reevaluación positiva" que para la "búsqueda de apoyo social".
- 4) Para la Teoría del afrontamiento, existen dos funciones principales. Por una parte, un afrontamiento centrado en el **problema** y otro centrado en la **emoción**. En el afrontamiento centrado en el problema, se trata de manejar la fuente generadora de estrés, mientras que en el afrontamiento centrado en la emoción, se trata de cambiar la interpretación de esa fuente generadora de estrés.
- 5) El afrontamiento depende de la **evaluación** respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación.

## 6. Tipos de reacciones al estrés

Uno de los modelos más seguidos actualmente para explicar la implicación psicológica en los trastornos psicósomáticos es el propuesto por *Eysenck* y *Grossarth-Maticek* (*Eysenck, 1988, 1991*) que relaciona el tipo de personalidad con los trastornos psicósomáticos. Estos autores presentan 6 tipos psicossociales, que son los siguientes:

- Tipo 1. **Predisposición al cáncer**. Son personas que ante situaciones de estrés reaccionan con desesperanza, indefensión y represión de reacciones emocionales. En este caso, predomina la hipostimulación.
- Tipo 2. **Predisposición a la cardiopatía coronaria**. Son personas que en situaciones de estrés, reaccionan con agresividad, ira e irritación general. Predomina la hiperexcitación.
- Tipo 3. **Histérico**. Se trata de personas que ante estas situaciones pasan de expresar indefensión o desesperanza a estados agresivos y de irritabilidad.
- Tipo 4. **Saludable protector de la salud**. Estas personas afrontan el estrés de forma saludable, apropiada y realista, influyendo la autonomía personal.
- Tipo 5. **Racional-antiemocional**. Se trata de personas que suprimen o niegan las manifestaciones afectivas, con dificultad en expresar sus emociones.



- Tipo 6. **Antisocial.** Personas que en situaciones de estrés, reaccionen con conductas consideradas de tipo antisocial e incluso a veces, criminales.

## 7. Relajación progresiva como alternativa al estrés

Existe una gran cantidad y variedad de alternativas plausibles al estrés. Por citar algunas, están las Terapias Dinámicas, la Farmacoterapia, Terapias Cognitivo-Conductuales, Naturopatía, Medicina Tradicional China, etc. No obstante, en este apartado nos vamos a centrar en la Relajación Progresiva como una alternativa más de las que existen actualmente.

Fue Edmund Jacobson, quien en 1929 publicó un libro titulado **Relajación Progresiva**. En este libro, describía la técnica de relajación muscular profunda, basada en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y actos que comportan tensión muscular. Esta, a su vez, aumenta la sensación subjetiva de ansiedad. Por otra parte, esta técnica ha resultado muy eficaz en el tratamiento de la tensión muscular, la ansiedad, el insomnio, la depresión, la fatiga, el colon irritable, la hipertensión, el tartamudeo, etc.

Esta técnica nos enseña a identificar los músculos en tensión, para conseguir llevarlos hasta el estado de relajación. Así, se trabajarán cuatro grupos de músculos:

- I. Músculos de la mano, antebrazo y el bíceps.
- II. Músculos de la cabeza, cara, cuello y lengua.
- III. Músculos del tórax, de la región del estómago y de la región lumbar.
- IV. Músculos de los muslos, de las nalgas, de las pantorrillas y de los pies.

El terapeuta tiene la función de dirigir las primeras sesiones de aprendizaje de esta técnica hasta que la persona se familiarice con ella, para posteriormente practicarla sin ayuda. De esta manera, se darán instrucciones sobre la forma en la que hay que desarrollar dicho procedimiento. Un ejemplo de cómo se realizaría, es el siguiente que tendría lugar sobre los brazos:

*"Extienda su brazo derecho y póngalo tan rígido como pueda manteniendo el puño cerrado. Ejercer tensión en todo el brazo, desde la mano hasta el hombro. Realice el máximo de*

*tensión. Compruebe cómo se incrementa la tensión muscular en el bíceps, antebrazo, alrededor de la muñeca y en los dedos. Gradualmente relaje y baje el brazo dejándolo caer hasta que de nuevo descansa sobre sus muslos en la posición de relajación. Ahora compruebe cómo estos músculos están perdidos, apagados, relajados. Experimente la diferencia entre ahora que están relajados y la sensación anterior de tensión y rigidez. Ahora es todo mucho más agradable. Repita el mismo ejercicio con el brazo izquierdo”.*

*(Cautela y Groden, 1985, p.35)*

## 8. Conclusiones

René Descartes presentó una posición fisiológica que separaba la mente del cuerpo, ante la creencia de que constituían dos entidades diferentes y cada una de ellas, sujeta a diferentes leyes de causalidad. Es lo conocido como dualismo cartesiano. Claro, que todo esto acontecía en 1637 y hoy afortunadamente este enfoque ha sido superado gracias a los avances de la ciencia, pese a que aún quede un infinito camino por recorrer. De esta forma, actualmente se acepta que en muchos trastornos que padece el ser humano hay un componente psicológico que interviene en su aparición o agravamiento. La mente es un misterio y los avances en su investigación, hacen que cada día podamos entender algo más de lo que ocurre en nuestro interior, además de demostrarnos hasta qué punto es complejo su estudio y su comprensión.

La principal conclusión que se extrae de este artículo, es la implicación del estrés en nuestra sociedad y de cómo se relaciona con los hábitos de vida y con nuestra salud. En un mundo en el que todo pasa deprisa y el tiempo parece acortarse cada vez más, debemos estar preparados para hacerle frente con alternativas efectivas que nos ayuden a restablecer o mantener la salud.

Es indudable que nuestra sociedad impone un ritmo de vida acelerado y estresante, de la misma forma que también poseemos la capacidad de hacerle frente.

## Bibliografía

- Bakai, D.A. (1992). *Psicología y salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Belloch, A.; Sandín, B., y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología (Vol. 2)*. Madrid: McGraw-Hill
- Buceta, J.M. (1995). *Psicología y salud: Control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson
- Buceta, J.M., y Bueno, A.M. (1990). *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema
- Buela-Casal, G.; Caballo, V.E., y Sierra, J.C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI
- Cautela, J.R., y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca
- Davis, M.; McKay, M., y Eshelman, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca
- Gavino, A. (1991). *Las variables del proceso terapéutico*. En V.E. Caballo (Comp.): *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno, 1991
- Hombrados, M.I. (1997). *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro
- Labrador, F.J. (1992). *El estrés: Nuevas Técnicas para su control*. Madrid: Temas de hoy.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Sánchez, J., y Sánchez, P. (1994). *Personalidad, estrés y salud*. En J. Sánchez y P. Sánchez. *Psicología diferencial. Diversidad e individualidad humanas*. Madrid: Ramón Areces, 1994



# Propuesta para la creación de la unidad de atención socio- sanitaria del Distrito Sanitario de Málaga

El Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud ubica a los Trabajadores Sociales de Atención Primaria como parte del Dispositivo de Apoyo del Distrito en las Unidades de Orientación y Apoyo Social.

Hoy por hoy, estas Unidades están aún por desarrollar, de forma que cada Distrito lo está haciendo según su libre criterio.

Está claro que urge dotarlas de contenido, y con este propósito el Distrito Sanitario Málaga nos encomendó a un grupo de Trabajadoras Sociales la realización de una propuesta donde se definieran los objetivos y la cartera de servicios de la Unidad.

Independientemente del diseño definitivo que adopte este Distrito, y de nuestra opinión sobre la adscripción de los Trabajadores Sociales de Atención Primaria, nos parece que la siguiente propuesta puede servir de base para el diálogo sobre lo que debe ser el producto de dichas Unidades.

Consta de los siguientes apartados:

- Definición de la Unidad de Atención Socio-Sanitaria.
- Objetivos.
- Cartera de Servicios.
- Estrategia de implantación y actividades.

Y de cuatro anexos: marco legal, criterios de derivación general, criterios de derivación específicos por programas y contenidos y desarrollo de la Atención Sociosanitaria individual/familiar

M<sup>a</sup> Luz BURGOS VARO  
Amalia CARRASCO RODRIGUEZ  
Rosario CASTILLA MORA  
Auxiliadora DELGADO FERNANDEZ  
Eva GONZALEZ GONZÁLEZ  
Gloria GONZÁLEZ RAMÍREZ  
Virginia VIZCAÍNO RUIZ

## Introducción

Tanto la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril), como la Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/1998 de 15 de Junio) coinciden en determinar, entre otros, los siguientes Principios Generales:

- Concepción integral de la salud.
- Orientación prioritaria hacia la prevención y la promoción
- Universalización y equidad de los servicios: Igualdad social y equilibrio territorial.
- Participación de los ciudadanos.
- Promoción del interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
- Información a los usuarios de los servicios del Sistema Sanitario público y de sus derechos y deberes.

Siguiendo estos principios el Plan Estratégico opta por estrategias que garanticen la accesibilidad real a los servicios como requisitos para la equidad, asegurando la cantidad y la calidad de las prestaciones de forma equitativa y solidaria a todos los ciudadanos.

Los Trabajadores Sociales hemos venido desarrollando una metodología que persigue, precisamente, llevar los recursos a aquellos ciudadanos que más necesidades tienen como forma de garantizar la corrección de las desigualdades, la equidad y la solidaridad. Se trata de la Estrategia de Riesgo.

Por otro lado, el primer reto del Plan Estratégico es "trasladar poder al ciudadano", para lo cual es necesario crear vías de participación a varios niveles:

- Individual, a través de la información sobre las prestaciones y servicios del sistema sanitario.
- De grupos específicos de usuarios: enfermos crónicos, asociaciones de usuarios, etc.
- En el ámbito comunitario, la participación formal, a través de los Consejos de Salud.

Por último, y como gran avance del SAS, se señala como uno de los objetivos para “Orientar los servicios a la mejora de la salud” **Coordinarse con los Servicios Sociales para favorecer la atención a personas con necesidades socio-sanitarias.**

Recientemente la Ley 6/99, de 7 de Julio de “Atención y Protección a las personas mayores”, establece entre otros principios generales:

“Impulsar los mecanismos de coordinación y actuación conjunta entre los Servicios Sociales y los Servicios Sanitarios, tanto en el nivel de Atención Primaria y Comunitaria como en los Servicios Especializados”.

Con esta base se fundamentan las funciones básicas de los Trabajadores Sociales en el Sistema Sanitario, y más concretamente en la Atención Primaria\*, y que son las siguientes:

- Fomentar y coordinar la participación y el trabajo comunitario, tanto la participación formal a través de órganos establecidos al efecto, como la participación cotidiana en los problemas de salud a través de la implicación de las distintas entidades comunitarias en la responsabilidad sobre la salud.
- Establecer canales de coordinación intersectorial para el abordaje integral de los problemas de salud.
- Prestar atención individual y familiar a los problemas socio-sanitarios, informando sobre los recursos propios y ajenos al Servicio de Salud, a fin de incrementar las posibilidades de elección real e informada de los ciudadanos, haciendo especial hincapié en el respeto a los derechos como usuarios del SAS.
- Conocer las necesidades y las demandas de los usuarios con respecto al Sistema Sanitario a fin de poder adecuar las carteras de servicios a las mismas.

Las estrategias dibujadas por el Plan Estratégico del SAS, nos dan pie para optar por la creación de una Unidad de Trabajo Social (a la que hemos denominado Unidad de Atención Sociosanitaria), integrada por todas las trabajadoras sociales del Distrito. Esta Unidad queda a su vez integrada en dicho plan como Dispositivo de Apoyo, independiente del SAU. El documento que se presenta a continuación es la propuesta que el



Distrito Málaga hace, partiendo del análisis y posteriores trabajos que las trabajadoras sociales del Distrito han realizado

## Objetivos de la UASS

Los objetivos marco que se plantean para la UASS son:

- **Aportar la dimensión psico-social a los problemas de salud.**
- **Ofertar atención socio-sanitaria a la población adscrita al mismo.**
- **Intervenir siguiendo la Estrategia de Riesgo para disminuir las desigualdades socio-sanitarias.**

La operativización de éstos nos da como resultado las siguientes líneas estratégicas:

1. - Ofertar a toda la población adscrita al Distrito Málaga los servicios que se identifiquen como propios de la UASS.
  - 1.1. - **Definir, evaluar y actualizar** periódicamente la cartera de servicios de la U.A.S.S.
  - 1.2. - **Ofertar de forma discriminada la cartera de servicios** según las necesidades valoradas en cada núcleo poblacional.
2. - Detectar las causas psicosociales que influyen en la salud, realizando un tratamiento social individual o familiar por Programas de Salud o comunitario según corresponda.
3. - Ofrecer a los equipos los elementos necesarios para coordinar con ellos la intervención de Estrategias de Riesgo en los Programas de Salud.
4. - Atender a las demandas de los ciudadanos en todo aquello que se recoge en la cartera de servicios.
5. - Trabajar con los Equipos y con la comunidad el desarrollo de actividades de promoción, prevención y Educación para la Salud.
6. - Establecer sistemas de coordinación continuada con dispositivos sanitarios específicos (Hospital, Salud mental, Centros de Especialidades).

7. - Establecer líneas y programas de coordinación e intervención intersectorial:
  - 7.1. - Conocer las competencias de las distintas instituciones, servicios y programas que actúan en el Distrito Málaga a nivel socio-sanitario.
  - 7.2. - Establecer programas de coordinación e intervención conjunta.
8. - Establecer Programas de Formación Continuada para los Trabajadores Sociales de la UAAS.
9. - Establecer Programas de Formación pre-grado y post-grado para Trabajadores Sociales y otros profesionales sanitarios.
10. - Establecer líneas de investigación generales y específicas sobre aspectos socio-sanitarios.

### **Identificación de clientes potenciales de la U.A.S.S.**

Por las mismas características de la Unidad, así como de los objetivos planteados, se hace necesario la identificación de los posibles clientes, y definir la Cartera de Servicios en función de la oferta discriminada que deberemos hacer a cada uno de ellos. Los Clientes Potenciales se han clasificado como:

#### **Clientes Internos:**

1. - Unidades Clínicas/ E.B.A.P./ Profesionales Sanitarios (RNR)
- 2.- Distrito Sanitario (Servicio de Atención al Usuario, Área de Programas)

#### **Clientes Externos:**

#### **3.- Instituciones:**

- Hospitales
- Otros Distritos Sanitarios/Delegación Provincial.
- Instituciones y Administraciones Públicas:
  - Ámbito Nacional
  - « Autonomía
  - « Local
- Otras Entidades y Organismos Sociales:  
Ámbito Provincial o Superior

## Cartera de Servicios de la U.A.S.S.

### Clientes Internos:

1. - Unidades Clínicas/ E.B.A.P./ Profesionales Sanitarios (RNR)

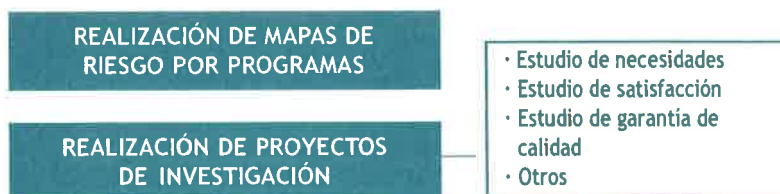
### A.- Programa de Salud



### B.- Docencia pre-grado y postgrado



### C.- Investigación socio-sanitaria



## 2. - Distrito:

### A.- Distrito Sanitario

#### ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

#### 2.2. - Servicio de Atención al Usuario

CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL  
TRABAJADOR SOCIAL

ASESORAMIENTO SOBRE  
ASPECTOS SOCIALES

COORDINACIÓN

Establecer protocolos conjuntos de  
Atención

### C.- Área de Programas

APORTACIÓN DE ASPECTOS  
SOCIALES PARA EL  
DESARROLLO Y PUESTA EN  
MARCHA DE PROGRAMAS

- Planificación
- Desarrollo y Seguimiento
- Evaluación

COORDINACIÓN

Para la Implementación de los  
aspectos sociales en los Programas

## Clientes Externos

### 1. - Comunidad

DIFUSIÓN DE PROGRAMAS

INFORMACIÓN Y  
ASESORAMIENTO SOBRE  
ASPECTOS SOCIO-SANITARIOS A  
REDES SOCIALES FORMALES  
Y NO FORMALES

COORDINACIÓN Y CREACIÓN  
DE REDES SOCIALES

ORGANIZACIÓN Y  
COORDINACIÓN DE  
ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN  
DE SALUD Y EPS

INVESTIGACIÓN SOCIO-  
SANITARIA

- Estudio de Necesidades
- Estudio de Satisfacción
- Estudio de Garantía de Calidad

### 2. - Individuo

CONSULTA A DEMANDA

CONSULTA PROGRAMADA

VISITA DOMICILIARIA

### 3. - Instituciones

A todas las instituciones

#### INVESTIGACIÓN SOCIO SANITARIA

##### A.- Hospital

COORDINACIÓN CON LA  
UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL

COORDINACIÓN CON  
GESTORIA DE USUARIOS

- Alta Hospitalaria
- Hospitalización Domiciliaria
- Atención a Pacientes
- Terminales
- Otros

##### B.- Otros Distritos Sanitarios/Delegación Provincial

COORDINACIÓN CON LA U.A.S.S.  
DE OTROS DISTRITOS

PARTICIPACIÓN EN  
COMISIONES TÉCNICAS

Maltratos  
Chabolas  
SIDA

##### C.- Instituciones Públicas y otras Entidades y Organizaciones Sociales

COORDINACIÓN CON  
INSTITUCIONES Y  
ADMINISTRACIONES DE ÁMBITO:  
LOCAL  
AUTONÓMICA  
CENTRAL

- Establecer protocolos conjuntos de Atención y derivación.
- Organización de Consorcios, Convenios, Acuerdos, etc...
- Establecer canales de coordinación y participación

## Desarrollo de la Cartera de Servicios

Para llevar a cabo la Cartera de Servicios de la UASS será necesario el conocimiento sociodemográfico y sanitario de los distintos núcleos poblacionales, lo que permitirá detectar zonas concretas donde la Estrategia de Riesgo sería aplicada.

Igualmente se contempla como fundamental la organización de actividades de EpS y el Trabajo con la Comunidad, así como crear vías eficaces de coordinación intra e interinstitucional. Asimismo es imprescindible que la orientación del trabajo se realice mediante un abordaje interdisciplinar.

Para el desarrollo de nuestras funciones se considera necesaria la Formación Continuada de los profesionales de la UASS.

A continuación se describen las actividades necesarias para llevar a cabo la Cartera de Servicios propuesta por la UASS.

## Clientes Internos

### 1. - Unidades Clínicas/EBAP/Profesionales Sanitarios

#### *A) Programas de Salud*

#### · **Atención Socio-Sanitaria:**

- a) Atención a las derivaciones efectuadas por los miembros de la UC, según criterios por Programas consensuados. Realización de Interconsultas de valoración y seguimiento.

#### · **Aplicación de la Estrategia de Riesgo:**

- a) Especificar criterios de riesgo por Programa y núcleo poblacional: Perfiles de riesgo.
- b) Realizar mapas de riesgo.
- c) Diseñar instrumentos y sistemas de registro para identificar la población de riesgo
- d) Determinar estrategias de intervención con población de riesgo, a fin de priorizar la atención según sus necesidades.

- e) Elaboración de protocolos de captación, valoración y seguimiento.
- f) Evaluar la eficacia de la aplicación de la Estrategia de Riesgo en Programas.

- **Aportar los aspectos socio-sanitarios en el desarrollo de los Programas:**

- g) Participación en la planificación, implantación, desarrollo y evaluación de nuevos Programas o actividades que se decida poner en marcha.
- h) Elaborar proyectos para la difusión de Programas de Salud.
- i) Conocer el nivel de implantación de los Programas en cada Centro y su desarrollo. Participar en el seguimiento y evaluación de los Programas de Salud existentes.
- j) Participar en el diseño, ejecución y evaluación de los Programas de garantía de calidad.

- **Aplicación de Estrategias de Promoción y Educación para la Salud:**

- a) Recoger las necesidades de EpS de cada núcleo poblacional, estableciendo proyectos concretos de intervención con cada Equipo.
- b) Organización de actividades de Promoción de salud con grupos y con la comunidad.

- **Coordinación para la implementación de aspectos sociales en Programas de Salud:**

- a) Conocer y coordinarse con los responsables de programas en los distintos Centros para hacer efectivo el desarrollo de los puntos contenidos en la cartera de servicios por programas de la UAAS.
- b) Conocer, censar y contactar con instituciones, recursos y redes sociales formales e informales. Elaborar y mantener actualizado el Fichero de Recursos General y por núcleos poblacionales.



- c) Establecer canales de coordinación con las instituciones y entidades y asociaciones públicas o privadas que tengan competencias relacionadas con las actividades de cada Programa.

*B.- Docencia Pregrado y Postgrado*

• **Elaboración de proyectos docentes**

- a) Elaboración de un proyecto docente en coordinación, de acuerdo con la Escuela Universitaria de Trabajo Social, que contemple tanto las necesidades de formación del alumnado como las demandadas por los profesionales de la UASS.
- b) Participar en los programas de formación anuales de los centros, aportando los aspectos sociales demandados por el Equipo y profesionales en formación o las necesidades detectadas por la UAAS.

*C. - INVESTIGACIÓN SOCIO- SANITARIA*

• **Realizar mapas de riesgo por Programas.**

• **Realización de Proyectos de Investigación sobre:**

- a) Aspectos socio-sanitarios de la atención sanitaria.
- b) Estudios de necesidades.
- c) Estudios de satisfacción de los usuarios.
- d) Estudios de garantía de calidad.

## 2. Distrito Sanitario Málaga

### A.- *DISTRITO SANITARIO*

#### · **Investigación Socio-Sanitaria**

- a) Conocer y actualizar la información sobre datos Sociosanitarios de la población adscrita al Distrito Málaga.
- b) Recopilar la información existente mediante fuentes documentales y entrevistas mantenidas con profesionales de la zona, asociaciones, etc.
- c) Realización de mapas de riesgo socio-sanitarios de la población adscrita al Distrito para priorizar la implantación de Programas y Servicio
- d) Evaluar la eficacia de la aplicación de la Estrategia de Riesgo.
- e) Realización de Proyectos de Investigación sobre:
  - Aspectos socio-sanitarios de la atención sanitaria.
  - Estudios de necesidades.
  - Estudios de satisfacción de los usuarios.
  - Estudios de garantía de calidad.

### B.- *Servicio de Atención al Usuario*

#### · **Establecer Criterios de derivación al T. Social.**

#### · **Asesoramiento sobre aspectos sociales.**

#### · **Coordinación:**

- a) Establecer protocolos conjuntos de atención.

### C.- Área de Programas

#### · **Aportación de aspectos sociales para el desarrollo y puesta en marcha de Programas**

- a) Participación en la planificación, implantación, desarrollo y evaluación de nuevos programas o actividades que se decida poner en marcha en el Distrito.
- b) Participar en el seguimiento y evaluación de los que ya existen, así como conocer el nivel de implantación de los programas en cada Centro y su desarrollo.
- c) Elaborar Proyectos de Difusión de Servicios sanitarios.
- d) Especificar criterios de riesgo por programa y núcleo de población: perfiles de riesgo, partiendo de los criterios ya consensuados por la U.A.S.S.
- e) Establecer un Mapa de Riesgo por programas para la población adscrita al Distrito con el fin de priorizar la intervención.
- f) Determinar estrategias de intervención e implantación con población de riesgo.
- g) Establecer protocolos de captación, valoración y seguimiento de la población de riesgo.
- h) Diseñar instrumentos y sistemas de registro para identificar la población de riesgo del programa.
- i) Evaluar la eficacia de la aplicación de la Estrategia de Riesgo en programas.
- j) Promover desde el Distrito Sanitario el desarrollo de actividades de Promoción y EpS y facilitar los medios necesarios para llevarlos a efecto.

#### · **Coordinación**

- a) Con los coordinadores del área de Programas para la implementación de los aspectos sociales en el diseño, planificación, desarrollo y evaluación de los mismos.
- b) Conocer, censar y contactar con instituciones, recursos y redes sociales formales e informales. Elaborar y man-

tener actualizado el Fichero de Recursos General y por núcleos poblacionales.

- c) Determinar áreas específicas con necesidades de coordinación (En el programa de incapacitados, establecer coordinación con Servicios Sociales y Trabajadores Sociales de Hospitales).
- d) Establecimiento de canales de coordinación y participación con otras Administraciones locales, autonómicas y nacionales, así como con entidades y organizaciones de ámbito social. Crear comisiones de trabajo para desarrollar programas de ámbito intersectorial

## Clientes Externos

### 1. - COMUNIDAD

- **Difusión de programas**

- a) Difundir los Programas sanitarios a las entidades de la zona y a la población en general.
- b) Recoger las necesidades y difusión de proyectos específicos: Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama. Presentar la Cartera de Servicios de su Centro Sanitario de referencia; de la oferta de servicios de la UASS....

- **Información y asesoramiento sobre aspectos sociosanitarios a redes sociales formales y no formales**

- a) Conocer los dispositivos sanitarios que atienden a los distintos núcleos poblacionales: servicios que prestan, profesionales que los atienden y distribución de responsabilidades. Actualizarlos periódicamente.

- **Coordinación y creación de redes sociales**

- b) Promover la Organización de la Comunidad (Circular 1/87), mediante el fomento y potenciación de redes sociales informales: Voluntariado, Grupos de Ayuda Mutua, ONGs, etc.

- c) Establecimiento de canales de coordinación y participación, con las organizaciones sociales de los núcleos poblacionales: entidades, instituciones públicas y privadas y grupos formales e informales.
- **Organización y coordinación de estrategias de promoción de salud y EpS**
  - a) Promover desde el Distrito Sanitario el desarrollo de actividades de Promoción y EpS de ámbito comunitario y facilitar los medios necesarios para llevarlos a efecto.
- **Realizar investigaciones de ámbito socio-sanitario.**
  - a) Estudio de necesidades
  - b) Estudio de satisfacción
  - c) Estudio de Garantía de Calidad

2. - Individuo/Familia\*

## \* ATENCIÓN SOCIO SANITARIA INDIVIDUAL/FAMILIAR

### A) Consulta

#### • **A demanda :**

Demandada por el usuario o derivada por algún miembro del equipo. (Ver criterios de derivación general: Anexo II).

#### • **Programada:**

- a) Derivadas de los protocolos establecidos por Programas. (Anexo III)
- b) Programadas por el profesional.
- c) Derivadas por otras instituciones.

---

\*Ver Contenidos y Desarrollos en Anexo IV

- **Visitas Domiciliarias:** Se realizará:
  - Cuando el Trabajador Social lo considere necesario.
  - A demanda de algún miembro del Equipo.
  - A demanda del usuario.
  - A demanda de otras instituciones.

Con la finalidad de:

- Realizar el Diagnóstico Social.
- Valorar el entorno y hábitat donde se desenvuelven los individuos, sus familias y cuidadores.
- Tratamiento y seguimiento social y sanitario.

### 3.- Instituciones

#### A.- Hospital

- **Coordinación con la Unidad de Trabajo Social**
  - a) Se establecerán protocolos de coordinación con la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria para atender de forma coordinada programas de:
    - Alta hospitalaria.
    - Hospitalización domiciliaria.
    - Atención a pacientes terminales.
    - Otros
- **Coordinación con Gestoría de Usuarios**
  - a) Se establecerán protocolos de coordinación con la Gestoría de Usuarios.

B.- Otros Distritos Sanitarios/Delegación Provincial

• **Coordinación con las U.A.S.S.**

- a) Se organizarán actividades de coordinación con las UAAS de otros Distritos Sanitarios: para unificación de carters de servicios, formación, etc.

• **Participación en Comisiones Técnicas**

- a) Maltrato  
b) Chabolas  
c) SIDA

C. - Instituciones Públicas y con otras entidades y organizaciones sociales

• **Coordinación con Instituciones Públicas y otras entidades y organizaciones sociales**

- a) Conocer, censar y contactar con instituciones que trabajen en el ámbito de las necesidades socio-sanitarias. Elaborar y mantener actualizado el Fichero de Recursos generales y por grupos poblacionales.
- b) Establecer canales de coordinación y participación con las instituciones y entidades de asociaciones públicas o privadas que tengan competencias relacionadas con las actividades de cada Programa.
- c) Establecer protocolos conjuntos de atención y derivación.
- d) Crear y/o participar en comisiones intersectoriales sobre aspectos de índole socio-sanitario (Ej. Ancianos, malos tratos, etc.)
- e) Organización de Consorcios, Convenios, Acuerdos, etc. para la atención de necesidades socio-sanitarias.
- f) Elaboración de un proyecto docente de coordinación de acuerdo con la Escuela Universitaria de Trabajo Social que contemple tanto las necesidades de formación del alumnado como las demandadas por los profesionales de la UASS.

## ANEXO I

### Marco Legal

- Decreto 195/85, de 28 de Agosto sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía.
- Orden de 2 de Septiembre de 1.985, por la que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Andalucía.
- Circular nº1/87 sobre Organización y funcionamiento de los Trabajadores Sociales en los Centros de Atención Primaria de Salud.

## ANEXO II

### Criterios de Derivación General

Problemáticas socio-familiares debidas a:

1. - Bajo nivel de instrucción:

Estudios primarios incompletos o que carezcan de habilidades para afrontar problemas.

2. - Bajo nivel económico:

A modo indicativo: ingresos inferiores al 75% del SMI por número de convivientes, si bien habrá que tener en cuenta otras carencias económicas.

3. - Discapacidades graves.

4. - Enfermedad física o infecto-contagiosa grave, crónica y/o terminal.

5. - Incapacidad para afrontar determinadas situaciones: enfermedades, situaciones conflictivas, etc.

6. - Toxicodependencias.

7. - Relaciones familiares conflictivas:

Malos tratos, carencias afectivas o falta de apoyo, desestructuración familiar, sobrecarga, abandono, etc.



8. - Problemas de adaptación al ciclo evolutivo del niño o adolescente.
9. - Problemas de aislamiento y soledad.
9. - Problemas de aislamiento y soledad.
10. - Problemas de vivienda:
  - Hacinamiento.
  - Insalubridad: Falta de higiene, humedad excesiva, condiciones de conservación deficitarias, falta de equipamiento esencial: agua, luz W.C. etc.
  - Barreras arquitectónicas.
11. - Situaciones de marginación social: Mendicidad. Delincuencia. Prostitución. Desintegración social.
12. - Problemas de accesibilidad a los servicios.
- 13.- Usuarios con características determinadas (minorías étnicas, seropositivos, enfermos de SIDA, etc., siempre asociados a otros criterios de riesgo social.

Especial atención merecen los usuarios procedentes de zonas catalogadas de riesgo social, porque a mayor concurrencia de estos factores, mayor riesgo.

## ANEXO III

### Criterios de derivación específicos por programas

#### \* PROGRAMA DE INCAPACITADOS

1. - Ausencia de apoyo familiar:
  - Por carecer de familia.
  - Por imposibilidad de atenderlo.
  - Por atención inadecuada.
2. - Soledad: Sentimiento de soledad del incapacitado. Aislamiento afectivo. desarraigo.

3. - Sobrecarga familiar o emocional grave del cuidador principal:
  - Dolencias físicas generadas por los cuidados al incapacitado.
  - Situaciones de angustia o ansiedad del cuidador debido a los cuidados.
  - Somatizaciones.
4. - Intereses contrapuestos en el seno de la familia con respecto al incapacitado.
5. - Analfabetismo funcional del cuidador;  
Falta de capacidad para resolver los problemas cotidianos de cuidados.
6. - Otros factores que puedan influir en la atención inadecuada al enfermo incapacitado.

#### **\* Criterios de riesgo social en el Materno Infantil**

- 1.- Mujer con minusvalía psíquica o enfermedad mental que afecte al seguimiento del P. Materno-Infantil.
- 2.- Problemas laborales graves que afecten al seguimiento en cualquiera de los Subprogramas del Materno- Infantil.

#### **\* Planificación Familiar**

- 1.- Las demandas de IVE o esterilización, siempre que cumplan algún criterio de riesgo social.
- 2.- Prácticas sexuales de riesgo.

### **\*Control de embarazo**

- 1.- Embarazo no deseado y rechazado llevado a término.

### **\*Niño sano**

- 1.- Abandono o maltrato infantil.
- 2.- Niños con enfermedades que afecten gravemente a su desarrollo e integración social.
- 3.- Niños con minusvalías psíquica, física o sensorial.

### **\*Vacunas**

- 1.- Padres con creencias contrarias a las vacunas.

## **ANEXO IV**

### **Contenido y desarrollo:**

- 1.- Entrevistas individuales y/o familiares que permitan llevar a cabo la Consulta a demanda y programada tal como figura en la Cartera de Servicios. Con el siguiente contenidos:
  - A.- Cuando la demanda es *simplemente informativa*: Información sobre prestaciones y recursos internos y externos al Sistema sanitario. Así como derechos y deberes de los usuarios.
  - B.- Cuando se *plantea un problema socio-sanitario*:
    - 1º.- **Estudio-Investigación:**
      - *Descripción de los datos socio-sanitarios de interés del núcleo familiar.* Genograma: Composición familiar. Fecha de nacimiento. E. Civil...

- *Mapa de relaciones familiares*: Se comenzará a perfilar en la primera entrevista, constatando el apoyo de la familia de origen y se complementará en sucesivas visitas.
- *Situación económica y familiar*: Profesión, ocupación, posibles problemas laborales, ingresos.
- *Vivienda*: Régimen de tenencia, características, grado de salubridad, equipamiento, higiene, barreras arquitectónicas, accesibilidad al centro sanitario.
- *Mapa de relaciones sociales (ecomapa)*: Relaciones vecinales, pertenencia a asociaciones, grupos, peñas, etc.
- *Actitud del usuario y de la familia ante su situación social y familiar y respecto a los Programas de Salud*.

## 2.º- Interpretación Diagnóstica o Diagnóstico Social:

Tras la recogida de estos datos, se iniciará una primera valoración o pre- diagnóstico, donde se analizarán los siguientes apartados:

- Los factores positivos o de apoyo socio-familiar.
- El grado de adherencia al Plan de Intervención.
- Los aspectos negativos o problemática detectada.
- Las necesidades sentidas por el usuario y su familia.
- Las necesidades detectadas por el profesional.

## 3.º- Plan de Intervención:

Al objeto de identificar, movilizar y reforzar las capacidades y recursos de la persona o del grupo familiar para recuperar unos niveles normales de autonomía personal: se realizarán las siguientes actividades:

- Información.
- Orientación y asesoramiento.
- Plan individualizado: Tratamiento social continuado a corto, medio y largo plazo.
- Emisión de Informes Sociales.
- Interconsultas y coordinación con los equipos, con otros niveles, con otras instituciones para la intervención. Derivación de los casos que procedan a los servicios oportunos.
- Actividades de educación para la salud, de promoción y fomento de habilidades sociales.
- Se informará sobre los distintos Programas de Salud, motivando a su uso y seguimiento.
- Gestiones técnicas e interconsultas presenciales y/o telefónicas.
- Emisión de Informes sociales.
- Se cumplimentará el sistema de registro específico.

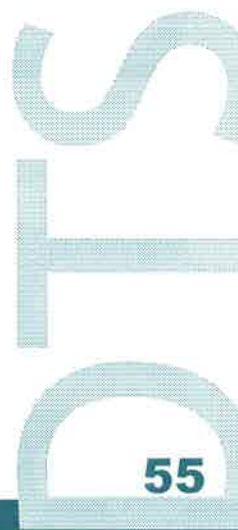
La metodología a seguir en las entrevistas se pondrá especial énfasis en la empatía, la escucha activa, la contención, la clarificación y el apoyo social, etc. según desarrollan diversos autores como de Carl Roger, C. De Robertis. A. Ituarte, etc.

Para facilitar información adecuada a la población es necesario establecer canales de información fluida y constante desde el Distrito Sanitario a la UAAS respecto a todo lo relacionado con aspectos sociales (BOE, BOJA, normativas, etc.).

El profesional mantendrá actualizado el **Fichero de recursos**, general y de la zona que atiende.



Servicio Socio-Jurídico  
para personas presas y  
sus familiares, una  
realidad desde  
la participación



No hay indicador más fiable de la salud democrática de un Estado de Derecho que el conjunto de medidas que ese Estado adopta y medios que despliega para hacer llegar el conocimiento, ejercicio y defensa de esos derechos a aquellos colectivos que por sus características se encuentran al margen del modelo social, y sobre los cuales se suele tener la continua tentación de privarles de los mismos.

A ello ha contribuido el servicio socio-jurídico, puesto que se han podido paliar situaciones existentes de marginación, dando continuación a un instrumento válido para atenuar la indefensión de las personas presas y sus familiares, puesto que el sistema social no recoge los medios necesarios para que las personas con bajo nivel formativo y económico conozcan sus derechos y los puedan ejercitar libre e igualitariamente al resto de la sociedad.

Consta de los siguientes apartados:

- Introducción.
- Haciendo historia.
- Se hace camino al andar.
- Divulgación del servicio.
- Cuantificación de los resultados.
- Valoración hasta la fecha.
- Bibliografía.

Rafael ARREDONDO QUIJADA



## Introducción

Estas líneas me surgen de la necesidad de dar a conocer todo un proceso de trabajo donde en su desarrollo se han conjugado, a mi entender, todas las posibles participaciones a la hora de que se vayan estableciendo nuevos circuitos para que las aún grandes diferencias en recursos, posibilidades de acceso y en definitiva justicia social siga existiendo entre los que menos tienen, también llamados sectores marginales.

Podíamos empezar con aquello de "corría el año 97..." cuando un grupo de personas algunas integrantes de asociaciones y otras simplemente sensibilizadas con las situaciones de injusticia que se viven por parte de drogodependientes, enfermos de SIDA, presos, etc. Nos reuníamos para ver, como suele ser en estos casos, como podríamos unir esfuerzos para conseguir cosas concretas, y sobre todo con un principio de causa común que era y sigue siendo la situación que se viven dentro de las cárceles españolas.

Todos ellos a su vez coincidimos en conceptos generales sobre la utilidad y la utilización que de las cárceles se han hecho y se hace, pudiendo quedar resumido en la siguiente reflexión realizada por Julián Carlos Ríos Martín y Pedro José Cabrera Cabrera en su libro **MIL VOCES PRESAS:**

*"El momento en que la persona ingresa es el instante en que debe dejar atrás su identidad social para adoptar la nueva identidad de preso. Es por tanto el momento del despejo (ver Goffman). Como en todas las instituciones totales, esto queda plasmado en una serie de rituales de expoliación que suelen acompañarse de un desnudamiento, más o menos completo: la persona se desprende de lo suyo, le es arrebatado lo que le era propio hasta ese momento, para poder asumir los signos de identificación del nuevo rol al que la institución le conmina.*

*La burda machaconería con que se insiste en la gratuidad de los servicios que existen en una cárcel, llevar hablar del carácter gratuito de "la asistencia sanitaria, los tratamientos farmacológicos, y la formación educativa, cultural y deportiva". Cuando la universalización de la sanidad y la educación gratuita es un derecho para cualquier ciudadano hay aún quien parece asombrarse de que tales derechos subsistan también para los presos y exhibe orgullosamente como una especie de medalla o*

*mérito, lo que es de un simplismo y trivial normalidad democrática en un Estado social y de derecho.*

*El patio de las prisiones es descrito como un lugar inhóspito, donde se encuentran juntas una multitud de personas hacinadas en un espacio demasiado pequeño y sucio, sin apenas equipamiento que permita "matar el tiempo" con alguna ocupación.*

*Se mata el tiempo. La sensación de estar malgastando, perdiendo el tiempo, es extremadamente aguda, sobre todo si se pone en relación con el principio de reinserción tantas veces proclamado en las declaraciones oficiales: "te crean una impotencia y un sentimiento de rabia de ver como es este centro, no hacen nada más que tirarte a un patio todo el día.*

*La estructura arquitectónica de la cárcel no está concebida en función de una intervención recuperadora sino en función de la seguridad, de la evitación de la fuga, así como para dominar al preso y obligarle a la sumisión.*

*Mientras no se forme a los funcionarios en actividades terapéuticas, mientras no se ofrezca un trabajo con interés al personal de las cárceles, mientras las cárceles sigan siendo un coto cerrado, sin apertura a la sociedad, mientras no se establezcan lazos con el exterior que permitan que otras personas entren en la cárcel y modulen las relaciones entre presos y funcionarios, aportando otra visión del mundo más amplia que la que contemplan los muros de la prisión, mientras presos y funcionarios no se incorporen también en el funcionamiento de esa sociedad fuera de la prisión y, en resumen, mientras no existan espacios alternativos de convivencia la prisión seguirá siendo un fracaso (Valverde, 1994:95)."*

Bajo estos principios y después de varias reuniones decidimos constituirnos de manera informal y nunca jurídicamente, aunque alguna institución ha pretendido que lo hiciéramos, en lo que hemos venido llamando la **Plataforma Prisión y SIDA de Málaga**, formada por la Asociación CARCOMA, la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía en Málaga, la Federación Malagueña de Asociaciones de Drogodependencias (FEMAD), familiares de presos y drogodependientes que en diversos momentos han participado y participan, sin olvidar a los compañeros de la asociación La Voz que también estuvieron en sus inicios. No sería serio por mi parte indicar también que hubo colectivos a los que se invitó al principio y con posterioridad a participar en la Plata-

forma, sobre todo por la labor concreta que realizan, y que aún hoy seguimos pensando que su participación enriquecería mucho más la labor que se viene desarrollando; y desde aquí permíteme volver a realizar una llamada a la cooperación y al trabajo comunitario y en común, por encima de protagonismos u otras consideraciones que se puedan plantear, **y que simplemente miremos lo que nos une y no lo que nos pueda separar.**

Desde la Plataforma como órgano abierto e informal jurídicamente, nos hemos ido planteando objetivos concretos y específicos para desarrollarlos a través de actividades que después de estos tres años de trabajo podríamos hablar de asentadas en su desarrollo, y con muy buenos resultados. Es por ello por lo que considero importante dar a conocer esta realidad y esta forma de trabajar como alternativa a las grandes y macro estructuras sean tanto públicas, como últimamente asociativas, que poco a poco van minando el compromiso social y modificándolo por un compromiso de cartel ó y empresarial, y con todo mi mayor respecto, económico y subliminal.

## Haciendo Historia

El Pleno Municipal del Ayuntamiento de Málaga con fecha 3 de Julio de 1997, aprobaba la siguiente moción:

### **Acta de Pleno de 3 de Julio de 1997**

**PUNTO Nº 58.-MOCIÓN DE LOS CONCEJALES Y CONCEJALA DEL GRUPO MUNICIPAL DE IZQUIERDA UNIDA LOS VERDES-CA, D. JOSÉ LUIS PORTILLO RUIZ, D<sup>a</sup> MONTSERRAT MARTÍN HEREDIA Y D. FCO. JAVIER GARCÍA NÚÑEZ, EN RELACIÓN A LAS PERSONAS PRESAS Y SUS FAMILIARES.**

*El Excmo. Ayuntamiento Pleno conoció la Moción de D. José Luis Portillo Ruiz, D<sup>a</sup> Montserrat Martín Heredia y D. Fco. Javier García Núñez, de fecha 27 de junio de 1997, cuyo texto a la letra es el siguiente:*

*«La historia de la humanidad es una historia de sangre y lágrimas. Por eso, la historia de la prisión también conlleva sangre y lágrimas.*

*Esta historia está llena de frustraciones. A pesar del pensamiento ilustrado del siglo XVIII y del pensamiento correccionalista*

*del siglo XIX, la prisión llega a nuestro tiempo como cubo de basura de las malas políticas sociales, como mecanismo de dominación hacia las clases más pobres.*

*Palabras como «reeducación», «rehabilitación», «reinserción social» o «resocialización» son las grandes mentiras de la cárcel.*

*En las cárceles de nuestro país viven un total de 52.000 hombre, mujeres, jóvenes y niños en el año pasado, una población mayoritariamente de nuestros barrios más deprimidos, con mayor tasa de paro y menos recursos sociales.*

*La cárcel sigue siendo una institución cerrada donde se destruye la personalidad del individuo y no se le educa, sigue siendo universidades del crimen donde la masificación, la droga consentida, los malos tratos y la falta de alternativas serias de reinserción son el pan de cada día.*

*En Málaga existe una población reclusa de 1.714 hombre, mujeres y jóvenes en una macro-cárcel, masificada y apenas dotada de medios sociales, formativos y deportivos.*

*Un grave problema que conlleva esta población reclusa es el de sus familiares. Familias de un nivel económico bajo, familias en su mayoría que habitan en barriadas sin infraestructuras suficientes y familias que agravan su situación económica cuando su familiar preso es trasladado a una cárcel lejana y tienen que pagarse el viaje periódicamente para visitarlo.*

*Por todo lo anteriormente expuesto, proponemos la adopción los siguientes:*

### **Acuerdos**

- 1.- Instar al Gobierno de la nación a hacer posible el acercamiento a nuestra provincia o región de las personas presas con residencia familiar de Málaga con el objetivo de estar cercanos a sus familiares.*
- 2.- El Area de Bienestar Social ofrecerá un servicio socio-jurídica a las familiares de presos/as malagueños/as, en cumplimiento del programa 7.1.2 del Plan Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Málaga, que tiene como objetivos «Evitar situaciones de desarraigo innecesarios» y «Prevenir y tratar la desestructuración familiar ante situaciones de crisis, apoyando a la familia para que adquieran las habilidades y los recursos necesarios que permitan mejorar su situación».*

- 3.- *El Ayuntamiento editará una guía jurídica y de prestaciones dirigidas para familiares de reclusos/as .*
- 4.- *Dentro del programa de ayuda de emergencia a los Servicios Sociales del Ayuntamiento, se podrá atender a todas aquellas familias sin medios económicos, para poder visitar a sus familiares presos en cárceles lejanas.»*

*Fueron las tres transcritas Mociones objeto de debate conjunto.*

*Tras una breve exposición de las Mociones por el Sr. García Núñez se produjo el siguiente debate:*

*Intervino en primer lugar D<sup>a</sup> María del Carmen Molina Torreblanca, Concejala del Grupo Municipal Socialista, la cual, tras indicar que su Grupo se iba a abstener en la Moción nº 55 por considerar que el tema de los indultos no se debía tratar sino en el Congreso de los Diputados, manifestó el voto a favor de su Grupo, respecto de la Moción nº 57.*

*En cuanto a la Moción nº 58 formuló la siguiente enmienda: «El Ayuntamiento de Málaga a través de su comisión sectorial correspondiente elaborará un programa integral de prestaciones a familiares de reclusos que residan en la Ciudad de Málaga». Consideró que con esta propuesta se trataba de que la comisión elaborara un plan integral que contemplara no sólo las medidas recogidas en la Moción, sino que desde la misma comisión se pudieran ampliar las ayudas a las familias.*

*A continuación intervino D<sup>a</sup> Avelina Sanguinetti de la Torre, Teniente de Alcalde-Delegada de Bienestar Social y Relaciones Ciudadanas, refiriéndose a la Moción nº 58 manifestó que el tema del punto 1º, el acercamiento de presos, debía tratarse en otros estamentos. Se pronunció a favor de los puntos 2º, 3º y 4º de esta Moción nº 58, si bien haciendo constar, por un lado, que ya estaban trabajando sobre el tema de una guía integral y de otro lado, que cuando lo habían solicitado se había dado ayuda económica para desplazamientos para visitas a familiares presos.*

*Respecto de la Moción nº 57 manifestó el voto a favor del Grupo Municipal Popular.*

*En cuanto al punto 1º la Moción nº 55 consideró que lo de instar al Gobierno para que ampliara los criterios sobre indultos no se debe hacer desde el Ayuntamiento sino desde otros foros políticos. Sobre el punto 2º de esta misma Moción indicó que*

como ya los Servicios Sociales venían elaborando informes, bien de oficio, bien cuando los ciudadanos lo solicitaban, no tenía su Grupo inconveniente en la aprobación de este punto. En cuanto al punto 3º comentó que ya la comisión sectorial de adicción y ludopatías el 26 de noviembre se había planteado la posibilidad de crear una comisión que estudiase ciertas solicitudes de indultos y lo llevaría a la de Bienestar Social, pero solo un caso había ocurrido sobre esto. Consideró, no obstante, que la Comisión de Bienestar Social no era la que debía informar a favor o en contra en estos temas de peticiones de indultos.

En cuanto a dotación, explicó que ya se habían puesto en funcionamiento tres pisos para reclusas y que habían tenido dos pisos a disposición del voluntariado de reclusos, si bien esta organización les había informado que no tenía capacidad de intervención en este tipo de actuación.

Finalmente, manifestó que estando elaborándose el Segundo Plan Municipal de Servicios Sociales se debían abordar de forma global todos los aspectos que se destacan en las tres Mociones, incluso algunos más, formando a tal efecto una comisión técnica junto con las ONG'S interesadas y en coordinación con Servicios Sociales de instituciones penitenciarias.

El Sr. García Núñez seguidamente, recordó a la Sra. Sanguinetti que cuando se había aprobado el Plan de Servicios sociales, Izquierda Unida había advertido que faltaba, entre otros, el tema de presos y presas y era este el motivo por el que presentaba ahora estas tres Mociones, es decir, para que aquellos tuvieran también un plan específico, al igual que los había para la infancia, el sida y la tercera edad.

Lamentó que no se aprobara la propuesta de instar al Gobierno de la Nación para el acercamiento de presos, diciendo que esto era un derecho que recoge la Constitución Española y la ley.

Sobre la propuesta de instar al Gobierno para ampliar los criterios para los indultos, dijo que lo único que pretendía era que el Ayuntamiento pudiera posicionarse para que ningún ex-toxicómano rehabilitado pagara ahora por algún delito que cometió hace años. Recordó que ya en una ocasión se había aprobado una Moción sobre petición de indulto.

No aceptó el Sr. García Núñez la enmienda a la totalidad de la Moción nº 58 formulada por la Sra. Molina Torreblanca.

*La Sra. Sanguinetti de la Torre puntualizó al Sr. García Núñez que el Grupo Popular no estaba en contra del acercamiento de presos, sino de que esta petición se formulara desde el Ayuntamiento. Asimismo le precisó que las lagunas existentes en el primer Plan Municipal de Servicios Sociales se trataban de salvar y por eso se estaba trabajando ahora para que el segundo Plan contemplara de forma concreta las actuaciones sobre los problemas de los presos y demás.*

### **Votación**

*En el momento de la votación se encontraban ausentes del Salón de Sesiones la Excm.a Sra. Alcaldesa D<sup>a</sup> Celia Villalobos Talero y los siguientes Concejales/as:*

*D. Francisco de la Torre Prados y D<sup>a</sup> Concepción Díaz Gutierrez.*

*Votación de la Moción nº 55:*

*Sometidos a votación separadamente los puntos de la Moción, el resultado fue el siguiente:*

*Punto 1º: Aprobado por 9 votos a favor (de los Concejales/as pertenecientes al Grupo Municipal de Izquierda Unida Los Verdes-CA) y 18 abstenciones (11 de los Concejales/as pertenecientes al Grupo Municipal Popular y 7 de los Concejales/as pertenecientes al Grupo Municipal Socialista).*

*Puntos 2º y 3º: Aprobados por unanimidad.*

*Consecuentemente, y por el número de votos ya expresados, además de las 3 abstenciones implícitamente producidas por los miembros de la Corporación que se ausentaron durante la votación del presente punto, el Excmo. Ayuntamiento Pleno, dio su aprobación a la Moción cuyo texto ha sido transcrito, y adoptó los acuerdos en la misma propuestos.*

*Votación de la Moción nº 57:*

*El resultado de la votación fue el siguiente:*

*El Excmo. Ayuntamiento Pleno, por unanimidad de los miembros de la Corporación asistentes a la votación del presente punto, acordó prestar su aprobación a la Moción que antecede, y, consecuentemente, adoptó los acuerdos en la misma propuestos.*

*Votación de la Moción nº 58:*

*Sometidos a votación separadamente los puntos de la Moción, el resultado fue el siguiente:*

*Punto 1º: Aprobado por 9 votos a favor (de los Concejales/as pertenecientes al Grupo Municipal de Izquierda Unida Los Verdes-CA) y 18 abstenciones (11 de los Concejales/as pertenecientes al Grupo Municipal Popular y 7 de los Concejales/as pertenecientes al Grupo Municipal Socialista).*

*Puntos 2º, 3º y 4º: Aprobados por 20 votos a favor (11 de los Concejales/as pertenecientes al Grupo Municipal Popular y 9 de los Concejales/as pertenecientes al Grupo Municipal de Izquierda Unida Los Verdes-CA) y 7 abstenciones (de los Concejales/as pertenecientes al Grupo Municipal Socialista).*

*Consecuentemente, y por el número de votos ya expresados, además de las 3 abstenciones implícitamente producidas por los miembros de la Corporación que se ausentaron durante la votación del presente punto, el Excmo. Ayuntamiento Pleno dio su aprobación a la Moción cuyo texto ha sido transcrito, y adoptó los acuerdos en la misma propuestos.*

La aprobación de ésta moción nos dio la posibilidad de iniciar reuniones con el Ayuntamiento de Málaga, que a través del Sector de Marginados sin Hogar, posiblemente el cajón desastre de todos aquellos "sectores" marginales de población que por ser minoritaria o simplemente de poco calado en la opinión pública, no tienen la "categoría" suficiente para que se dediquen recursos concretos como para tener un sector específico, con lo que implica a nivel de mayores recursos, pero claro en esto de la marginalidad también hay categorías ¿o no?

A raíz de estas reuniones se firmó el primer convenio de colaboración entre el Ayuntamiento y la Plataforma Prisión y SIDA, que como anteriormente he comentado decidió no tener carácter jurídico, con lo que nos encontramos un primer escollo que pudimos suplir decidiendo internamente que el convenio se firmaría con la Asociación CARCOMA en representación de la Plataforma, y aunque en algunos momentos la institución ha presionado para que el simple nombre de Plataforma no apareciera, desde el diálogo, no fácil a veces, hemos podido llegar acuerdos que nos han satisfecho a ambos.



Dicho convenio se fundamentaba en tres objetivos:

- 1.- Constitución de un SERVICIO SOCIO-JURÍDICO.**
- 2.- Organización de unas JORNADAS SOBRE DERECHO PENITENCIARIO.**
- 3.- Publicación de una GUÍA DE RECURSOS JURÍDICOS.**

Estos objetivos se han cumplido y después de tres años de trabajo los resultados se exponen a continuación. Aunque el presente artículo va dirigido al desarrollo del Servicio Socio-Jurídico, como actividad central.

Pero lo que considero más importante de todo ello, además del gran "curro" que ha supuesto todo esto, es que la Plataforma continúa, los proyectos cada vez se sustentan con más fuerza, se han puesto nuevos proyectos en marcha como el de entrada en la prisión de Málaga, que sólo el relatar su puesta en funcionamiento daría para escribir otro artículo y donde queda demostrada las trabas burocráticas y los escollos participativos que la institución carcelaria establece, cuando un colectivo se interesa en trabajar en su interior con los presos/as, si se sale de la típica asistencia beneficiaria de las damas de caridad de otros tiempos. Y como no el trabajo de las personas que día a día han hecho realidad lo que a continuación voy a describir, porque este artículo más que mío es de todos / as los que hemos ido construyendo esta realidad.

Aunque me olvidaré el nombre de alguien y ya pido disculpas por ello, nombrar a las personas que jueves tras jueves nos seguimos viendo porque consideramos que aún quedan muchas cosas por hacer: Juan Rafael, Geno, Eli, Pepe, Marina, Julián, Virtudes, ...

## Se hace camino al andar

La puesta en marcha del **SERVICIO SOCIO-JURIDICO** plantea promover y potenciar recursos destinados a los colectivos sociales que requieran una intervención social más especializada y en concreto, exreclusos/as y familiares de las personas presas. Comenzando el 23 de Febrero de 1998, sito en C/ Empecinado Blq. 1 Local 2, sede de la **Federación Malagueña de Asociaciones de Drogodependencias FEMAD**. Con un horario determinado: los lunes y jueves de 17:00 a 20:00 horas y los miércoles de 10:00 a 13:00 horas. Posteriormente a finales de 1998 y debido al incremento de casos el servicio socio jurídico fue incrementado con el apoyo del prestado por el de FEMAD, que aunque tenía una especificidad concreta por corresponder a las asociaciones que trabajan con problemas de Drogodependencias, las personas objeto del servicio en un 80% (según datos del Defensor del Pueblo) son las mismas. Lo que ha originado que en el presente año 2000, ambos servicios estén totalmente integrados y sólo exista un Servicio Socio-Jurídico, donde entre otras actividades se realizan:

- a) Situaciones penales previas al juicio
- b) Consultas penales en ejecución de sentencia
- c) Consultas penitenciarias
- d) Alternativas a procedimientos sancionadores
- e) Indultos
- f) Derivaciones a centros de tratamiento
- g) Emisión de informes

Por destacar de entre todas las anteriores actividades que se realizan ya desde un mismo servicios socio-jurídico y a fin de esclarecer mucho más el trabajo que cada uno de los item anteriores recoge podemos hablar de:

En cuanto a **situaciones penales previas al juicio**: En general se trata de personas drogodependientes que se ven encausadas por delitos contra la propiedad, normalmente hurtos o robos en coches, pisos, robos con violencia (tirones en su mayoría). El tratamiento que se da ante estas demandas es el siguiente: en primer lugar se acude al juzgado correspondiente para averiguar lo que se pueda sobre el caso y, sobre todo, cual es el abogado de oficio que le ha sido asignado, de forma que podamos ponernos en contacto con él. La intervención con el abogado consiste en la mayoría de los casos en una conversación tele-

fónica donde nos identificamos como abogadas del servicio y le ofrecemos nuestra colaboración para conseguir informes y concertar una cita con la persona encausada a fin de preparar la defensa. Únicamente en casos extremos se asume la defensa.

En cuanto a **consultas penales de ejecución de sentencia**: En esta fase del procedimiento, tras la sentencia penal, la intervención de los abogados de oficio es mucho menor por lo que se incrementa nuestra autonomía de actuación. Por otro lado es también en esta fase donde el Código Penal articula importantes alternativas a la pena de prisión siendo suspensiones, cumplimientos en comunidades terapéuticas y sustituciones por multas los recursos que más se utilizan.

Es de señalar una evolución positiva en cuanto a la disposición de jueces y fiscales en su aplicación, lo que es debido en parte a la seriedad con que en general responden las asociaciones que se hacen cargo de las personas encausadas. Sin embargo, la amplia discrecionalidad que permite el legislador penal provoca en ocasiones situaciones verdaderamente chocantes, cuanto no injustas y discriminatorias.

En cuanto a **consultas penitenciarias**: En este caso las consultas son muy diversas: ayudas por desplazamientos para familiares, trámite de solicitudes dentro de prisión, recursos ante Juez de Vigilancia Penitenciaria, solicitud de cumplimiento de condena en una comunidad terapéutica, permisos, traslado a otro centro penitenciario.

En cuanto a **procedimientos sancionadores**: Se trata de los procedimientos recogidos en la L.O. 1/92 de 21 de Febrero, de Protección de la Seguridad Ciudadana, que tipifica como sanción grave el consumo y tenencia ilícita de drogas en lugares públicos, sancionándolo con multa que puede ser suspendida en caso de sometimiento a tratamiento de deshabitación. En los últimos años se ha notado una creciente tendencia a la apertura de procedimientos de este tipo en nuestra ciudad, en contraposición a lo que ocurre en el resto del territorio nacional, donde apenas se aplican estas medidas.

Nuestra intervención en estos procedimientos consiste en presentar alegaciones en nombre de la persona sancionada para, posteriormente y tras demostrar que la persona está siguiendo tratamiento, tramitar la suspensión de la sanción, que quedaría extinguida una vez finalizado el tratamiento favorablemente.

En cuanto a **indultos**: En este caso se trata de personas respecto de las cuales se han intentado ya las alternativas penales posibles y cuyo ingreso en prisión se considera especialmente perjudicial en base a los informes elaborados por las asociaciones que hacen el seguimiento de la persona.

La intervención es muy distinta pudiendo ir desde el mero apoyo al indulto hasta su completa tramitación y presentación, con la búsqueda de apoyos correspondientes.

## Divulgación del Servicio

Se imprimieron 1.000 trípticos informativos que se distribuyen entre el Área de Bienestar Social, Asociaciones, familiares de presos/as, etc. Se convocó a los medios de comunicación en rueda de prensa y se elaboró una carta para ciertos colectivos y personalidades que podían estar relacionadas con el servicio socio-jurídico, pues se consideró oportuno llevarles la información más concretamente. Así, se enviaron cartas informativas junto con el tríptico del servicio socio jurídico a:

- Director del Centro Penitenciario de Alhaurín de la Torre (Málaga).
- Subdirector de Tratamiento de la prisión.
- Servicios Sociales Penitenciarios ubicados en la antigua prisión provincial.
- Juez de Vigilancia Penitenciaria.
- Fiscal de Vigilancia Penitenciaria.
- Comisario de Estupefacientes.
- Comisario de Relaciones Ciudadanas.
- Decano del Colegio de Abogados de Málaga.
- Decano del Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Málaga.
- Asociaciones de Drogodependencia y SIDA.

Siguiendo con la difusión y publicidad del servicio, en el primer trimestre del año 99 se planteó como objetivo dar publicidad al servicio, sobre todo en los servicios sociales comunitarios del Área de Bienestar Social, porque en base a la memoria del año anterior se constató la poca derivación al servicio socio jurídico de dichos servicios sociales municipales, por ello la necesidad de

dar a conocer mejor el recurso, para que cualquier persona pudiera acceder al asesoramiento. Para ello se convocó a todos los servicios comunitarios a través del Sector de Marginados sin Hogar a una reunión personal con las abogadas del servicio socio-jurídico.

La valoración de estas reuniones fue positiva porque no solamente se dio a conocer el servicio socio-jurídico, sino que hubo multitud de cuestiones jurídicas sobre el ámbito penal y penitenciario que los técnicos plantearon en las reuniones. Sin embargo, después de unos cuantos meses de aquellas reuniones, la valoración no es tan positiva, como se podrá ver en los datos que más adelante se presentan.

En base a esta falta de derivación de los servicios sociales municipales se ha elaborado una ficha de derivación hacia los servicios comunitarios con el objetivo de que toda persona que acceda al servicio jurídico sea derivada también a los servicios municipales, a fin de que se pueda dar una respuesta más global a su situación de necesidad y con el objetivo también de seguir informando del servicio de asesoramiento jurídico.

Para la puesta en funcionamiento del servicio, era fundamental elaborar la ficha que nos serviría para recoger (confidencialmente por supuesto) los datos de la persona demandante del servicio, datos necesarios para tramitar cualquier solicitud. Para ello, elaboramos una ficha lo más completa posible que, en la primera entrevista o visita se cumplimenta, en la que se comprenden, tanto los datos personales como los sociales, laborales, así como todos los relativos al ámbito penal y penitenciario, incluso a la situación sanitaria, pues entendemos que cuantos más datos tengamos, mejor respuesta a lo que nos solicitan, podrá darse.

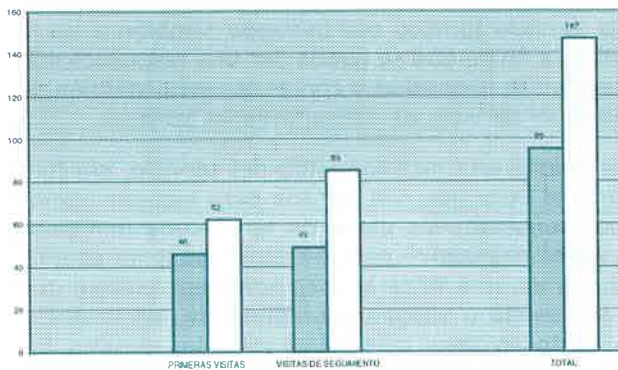
Se elaboran además, una serie de fichas para estructurar metodológica y organizadamente las estadísticas de personas atendidas, asuntos demandados, origen de la demanda, expedientes abiertos y archivados. Así mismo, se elaboraron fichas para las gestiones que habría que realizar: reuniones mantenidas, salidas, llamadas realizadas y recibidas, cartas y fax enviados y recibidos y visitas recibidas.

## Cuantificación de los resultados

### Visitas

	AÑO 98	MEDIA MENSUAL	AÑO 99	MEDIA MENSUAL
<b>PRIMERAS VISITAS</b>	46	4,60	62	5,17
<b>VISITAS DE SEGUIMIENTO</b>	49	4,90	85	8,50
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>9,50</b>	<b>147</b>	<b>14,70</b>

(El año 98 se contabiliza sobre 10 meses)



Las visitas recibidas en el servicio socio jurídico se clasifican en:

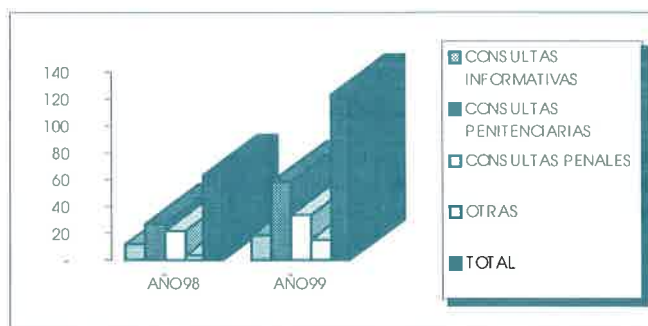
- **Primeras Visitas:** Son las visitas en las que el interesado/a viene por primera vez y suelen durar más tiempo por la recogida de datos que son necesarios para tramitar la demanda. Se cumplimenta en esta primera visita su ficha correspondiente, habiéndose producido un incremento en datos totales de **46 a 62**, y en media mensual durante el año 98 de 4,6 pasando a 5,17 en el 99.
- **Visitas de Seguimiento:** Se reciben cuando al interesado/a

ya se le está tramitando alguna solicitud, pero es necesario una nueva visita para seguir con la tramitación de la demanda, o porque es necesario poner en conocimiento nuevos datos. Durante el año 98 se realizaron **49** y durante el 99 estas fueron de **85**; en medias mensuales se pasó de 4,9 a 8,50 un incremento de un **73,46%** debido en su gran mayoría al número necesario de visitas y gestiones que cada uno de estos casos van generando a posteriori, y la implicación que intentamos tenga el usuario en su situación judicial.

Suman un total entre las primeras visitas y las visitas de seguimiento de 95 en el 98 y de 147 en el 99, **un incremento de un 54,73%**

### Asuntos Demandados

	AÑO 98	MEDIA MENSUAL	AÑO 99	MEDIA MENSUAL
<b>INFORMATIVOS</b>	12	1,20	39	3,90
<b>PENITENCIARIOS</b>	27	2,70	61	6,10
<b>PENALES</b>	21	2,10	33	3,30
<b>OTRAS</b>	3	0,30	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>6,30</b>	<b>133</b>	<b>13,30</b>



Las demandas mayoritariamente realizadas por las personas que acceden al servicio socio-jurídico son las que versan sobre materia penitenciaria, dándoles a estas el carácter de consulta cuando se puede responder a la demanda en el mismo momento, no

siendo necesaria ninguna gestión posterior, considerándose en caso contrario demanda con gestión o abriendo expediente cuando si conlleva gestiones posteriores.

Habiendo pasado las demandas **de 63, durante los diez meses del año 98, a 133, durante los doce meses del 99. Con una media mensual de 6,30 a 13,30**, lo que implica más de un 100% de incremento en los asuntos demandados.

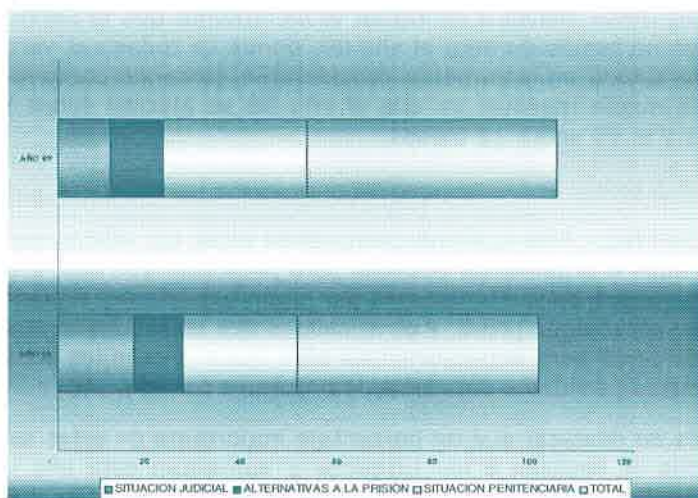
Si la persona que realiza la demanda solicita información sobre cuestiones que no sean ni materia penal ni materia penitenciaria, la demanda se clasifica como informativa; si la demanda versa sobre materia penal sería penal y si ésta trata sobre asuntos penitenciarios: ayudas por desplazamientos para familiares, sobre trámite de solicitudes dentro de prisión, cómo se recurre ante el Juez de Vigilancia Penitenciaria, etc., sería penitenciaria.

Cuando para responder a la demanda es necesario realizar alguna gestión: estudio del asunto, salida a juzgado, llamada o reunión con algún compañero, visita a prisión, etc., denominamos a esta demanda: **Demanda con Gestión**, la mayoría de las veces, conllevan el mismo esfuerzo y trabajo que los expedientes, sin embargo se distinguen porque éstas no conllevan presentación, por parte del servicio jurídico, de solicitud o escrito alguno a Institución Pública o al Juzgado. Las demandas que han generado un expediente en estos dos años han sido las que siguen:

### **Expedientes**

	<b>AÑO 98</b>	<b>MEDIA MENSUAL</b>	<b>AÑO 99</b>	<b>MEDIA MENSUAL</b>
<b>SITUACIÓN JUDICIAL ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN</b>	16	1,60	11	1,10
<b>SITUACIÓN PENITENCIARIA</b>	10	1,00	11	1,10
	24	2,40	33	3,30
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>5,00</b>	<b>55</b>	<b>5,50</b>





Se abre expediente cuando hay que tramitar alguna solicitud y realizar un seguimiento del caso en concreto.

En total se han abierto 55 expedientes durante el año 99, la media mensual sólo se ha **incrementado en un 0,50** en comparación con el año 98. Habiéndose dado el mayor incremento en los expedientes correspondientes en lo que respecta a la situación penitenciaria, habiendo pasado de una media mensual de 2,40 a 3,30; posiblemente debido al mayor conocimiento que las personas privadas de libertad tienen del servicio y ante la indefensión en que se encuentran, nos solicitan nuestra participación para que se les tramiten solicitudes dentro de prisión como: permisos de salida, traslados, tercer grado, libertad condicional, etc.

### **Gestiones realizadas**

<b>GESTIONES REALIZADAS</b>	<b>AÑO 98</b>	<b>MEDIA MENSUAL</b>	<b>AÑO 99</b>	<b>MEDIA MENSUAL</b>
SALIDAS	145	14.50	239	23.90
REUNIONES	78	7.80	134	13.40
LLAMADAS RECIBIDAS	366	36.60	577	57.70
LLAMADAS REALIZADAS	602	60.20	607	60.70
CARTAS / FAX RECIBIDOS	35	3.50	124	12.40
CARTAS / FAX ENVIADOS	222	22.20	369	36.90

Estos datos vienen a confirmar el incremento que el Servicio Jurídico ha tenido durante el año 99, donde en todas sus variables ha tenido un incremento considerable, tomando como medida la media mensual ya que el año 98 se ejecutó sobre 10 meses y el 99 sobre 12 meses.

- **Salidas.-** Este apartado comprende todas las salidas realizadas a organismos públicos para presentar escritos, a los Juzgados para interesarnos por algún expediente, a prisión a visitar algún preso, y otras salidas que no requieren tanto esfuerzo pero imprescindibles para llevar a cabo las actividades: salidas a papelería, imprenta, a correos, etc.

Es de destacar que un porcentaje importante de estas salidas se realizan a los Juzgados y aumentan este año las salidas a prisión para visitar a las personas que están internas y demandan del servicio alguna solicitud.

- **Reuniones.-** Se han mantenido con el Sector de Marginados sin Hogar 8 reuniones para el seguimiento del Convenio al igual que al año anterior. El resto de las reuniones son, en una gran mayoría, reuniones internas de coordinación del trabajo, reuniones de la Plataforma Prisión y SIDA sobre la organización de las actividades, y reuniones de la comisión jurídica formada por abogados de Andalucía que coordina el trabajo de cada asociación en su provincia. También se mantuvieron diversas reuniones con abogados, con el director de prisión, con el Juez de Vigilancia Penitenciaria sobre expedientes y asuntos tramitados directamente por el servicio jurídico.

### ***Origen de la Derivación***

Las demandas han tenido su origen principalmente de las Asociaciones que trabajan en esta materia y otras afines a la actividad. Como veremos a continuación la diferencia en cuanto al número de casos derivados, si lo comparamos con otras entidades que nos han derivado (Servicios Sociales, Área de Bienestar, Centro Provincial de Drogodependencias, etc.) la diferencia es "abismal" lo cual hace que nos podamos preguntar: ¿por que?

- Tal vez no se confía en el trabajo de las asociaciones.
- Tal vez no tienen conocimiento del Servicio aunque se han realizado presentaciones, reuniones, y contactos personales.
- Tal vez no les llega este tipo de personas a estos centros.
- Tal vez que .....

**Derivación por Asociaciones:**

<b>ASOCIACIÓN</b>	<b>AÑO 98</b>	<b>AÑO 99</b>
ALGAMA	3	4
PRODERECHOS HUMANOS DE ANDALUCIA	8	31
ASIMA	5	1
CARCOMA	7	12
SALHAKETA	2	0
FEDERACIÓN ENLACE	6	4
FEMAD	31	40
LA VOZ	3	6
COMEDOR DE PULIDERO	0	3
ASAPA	0	1
SEVILLA ACOGE	0	1
COORDINADORA SOLIDARIDAD CON LOS PRESOS	0	3
CARITAS	1	0
PASTORAL PENITENCIARIA	2	2
CRUZ ROJA	0	1
MALAGA CON TODOS	0	2
MOC	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>112</b>

Durante el año 99 **se ha incrementado** el servicio en cuanto a media mensual se refiere **de 6,8 a 11,2 lo que implica un 64,70% más**, también queremos destacar otro dato importante como es que durante el 99 aumentó el número de asociaciones que derivan al servicio jurídico, pasando de 10 asociaciones en el 98 a 15 durante el 99, como Málaga con todos, Cruz Roja, Comedor de Pulidero, la Coordinadora de Solidaridad con las personas presas, la Asociación Sevilla Acoge, ASAPA y MOC.

#### **Derivaciones por entidades:**

<b>ENTIDAD</b>	<b>AÑO 98</b>	<b>AÑO 99</b>
AREA DE BIENESTAR		
SOCIAL AYUNT. DE MÁLAGA	6	6
CENTRO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS	6	1
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	15	20
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>27</b>

Durante el año 99 las personas que han venido derivadas del Área de Bienestar han sido cinco desde los Centro de Servicios Sociales Comunitarios y solamente en una ocasión ha sido derivada por el mismo Área de Bienestar Social, en concreto por el sector de Drogodependencias y Ludopatía. Lo cual nos hace tener esperanzas en que los objetivos marcados para el 2000, donde se encuentra el tratar a las personas que acuden al servicio desde una perspectiva más integral y con un carácter "social" que hasta el momento no es todo lo que a nosotros nos gustaría, podremos intentar cumplirlo a través de una mayor coordinación entre el Servicio socio-jurídico y los Servicios Sociales Comunitarios, como órgano de respuesta a los problemas que los ciudadanos presentan.

Aún así consideramos que el número de casos derivados es muy inferior al que en un principio podríamos estimar, desde la óptica de que los Servicios Sociales comunitarios son, como se suele decir, la puerta de entrada de los ciudadanos al Sistema.

En lo que se refiere al Centro Provincial de Drogodependencias, el usuario tiene noticias del servicio a través del programa de tratamiento y rehabilitación de su drogodependencia que realiza en el CPD, habiéndose producido una disminución en los casos pasando de 6 en el 98 a 1 en el año 99, lo cual nos ha hecho mantener reuniones con la Dirección del Centro para evaluar estos resultados, las cuales hasta el momento se consideran positivas, llegando al compromiso de colaboración y estableciéndose como ficha de derivación la misma utilizada para los Servicios Sociales comunitarios. Sin dejar de destacar, al igual que en el caso anterior, que el número de derivaciones es ínfimo en comparación con lo que consideramos debería de ser, más cuando no se conoce que exista un servicio de iguales o parecidas características.

En lo que respecta a los Medios de Comunicación, los motivos por los que surge la derivación son:

- Porque el interesado tiene conocimiento de que existe el servicio socio-jurídico a través de alguna noticia informativa, de prensa o radio, fundamentalmente.
- Se recibe la demanda directamente de algún medio de comunicación que pide entrevistas, estadísticas, estudios, etc.

A través de este medio también se han aumentado las derivaciones pasando de 15 a 20 en el año 99, en cuanto a medias mensuales de 1,5 a 2.

**Derivación de particulares:**

AÑO 98	25
AÑO 99	58

Normalmente el solicitante contacta con el servicio porque se ha enterado por otra persona que ha sido o está siendo atendida por el servicio socio-jurídico. En este apartado se incluyen demandas de abogados, vecinos, personas que no forman parte de asociación alguna, etc. Al igual que en las demandas de asociaciones su incremento ha sido bastante considerable pasando a más del 100% en cuanto al año 98. Lo que nos hace pensar que el boca a boca está siendo una fórmula muy buena de publicidad para el servicio.

## Valoración hasta la fecha

No hay indicador más fiable de la salud democrática de un Estado de Derecho que el conjunto de medidas que ese Estado adopta y medios que despliega para hacer llegar el conocimiento, ejercicio y defensa de esos derechos a aquellos colectivos que por sus características se encuentran al margen del modelo social, y sobre los cuales se suele tener la continua tentación de privarles de los mismos.

A ello ha contribuido el servicio socio-jurídico, puesto que se han podido paliar situaciones existentes de marginación, dando continuación a un instrumento válido para atenuar la indefensión de las personas presas y sus familiares, puesto que el sistema social no recoge los medios necesarios para que las personas con bajo nivel formativo y económico conozcan sus derechos y los puedan ejercitar libre e igualitariamente al resto de la sociedad.

Con el servicio jurídico se ha logrado un recurso cercano para las personas presas, y sus familiares, pues se realiza una atención personalizada hacia cada una de las personas que solicitan cualquier tipo de demanda al servicio. También ha supuesto a la población destinataria el acceso a la aplicación de medidas alternativas a la pena privativa de libertad, más en consonancia con el fin de reeducación y reinserción social de la pena, de acuerdo con el art. 25.2 de la Constitución española.

En este tiempo además se ha podido contar con la colaboración de algunos abogados voluntarios, que si bien han tenido un carácter temporal, hay que evaluarlo positivamente, pues con ello se logra también formar y promover el interés sobre materia penitenciaria.

Se ha consolidado la coordinación con algunas Instituciones Públicas, como con la dirección de la prisión provincial de Málaga, y han comenzado estas relaciones con otras Instituciones como el C.P.D. o el Juez de Vigilancia Penitenciaria. Aunque nos quedan todavía retos por alcanzar, como por ejemplo la efectiva coordinación con los servicios sociales comunitarios, la colaboración en el Colegio de abogados respecto al servicio de orientación penitenciaria (SOP), las relaciones con los Servicios Sociales Penitenciarios y con el Fiscal de Vigilancia Penitenciaria.

Así como reivindicaciones y solicitudes ante la situación en la que viven los chicos/as que ingresan en prisión según el último

estudio realizado por el Defensor del Pueblo Andaluz en colaboración con la Federación Andaluza ENLACE, donde se recoge que:

“La proporción de presos por cada funcionario de prisiones es de 2,86 internos, es decir, aproximadamente un funcionario cada tres presos.

Sin embargo, la mayoría de ellos son funcionarios de seguridad, por lo que ENLACE denuncia que el objetivo real de la cárcel no es la reinserción social y la reeducación del preso, tal como contempla la ley, sino el control y la vigilancia.

De hecho, de los 3.358 funcionarios de prisiones de toda Andalucía, 2.289 son de seguridad (un funcionario de seguridad cada 4 presos), mientras que sólo 252 son funcionarios de tratamiento –educadores, psicólogos, juristas– (un funcionario de tratamiento cada 38 presos) y 183 de enfermería (un funcionario de enfermería cada 52 presos). El resto de funcionarios trabaja en oficinas o son contratados de forma temporal para realizar funciones diversas.

Según ENLACE, la actual construcción de las cárceles denominadas “centro tipo” –las próximas se van abrir en Algeciras y Córdoba– no hace más que reafirmar la tendencia a reducir el funcionariado que realiza labores de tratamiento y enfermería, hecho muy grave considerando que entre el 80% y el 90% de los presos tienen o han tenido problemas de drogodependencias y entre el 20% y el 25% de los presos padece VIH / SIDA.

Con estos datos en la mano, ENLACE considera que ofrecer alternativas a la prisión a través de centros de tratamiento no resultaría más caro ya que en éstos no haría falta una proporción de un profesional cada tres internos, como sí ocurre en prisión, donde, además, al total de funcionarios hay que sumar los miembros de la Guardia Civil y de la Policía Nacional que también realizan funciones de vigilancia en traslados de prisión, desplazamientos a juicios ...

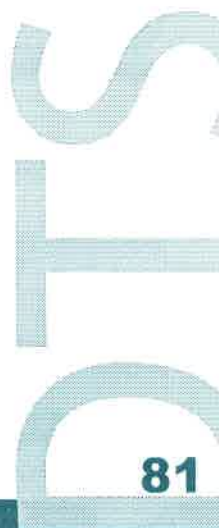
Se tendría que romper con la tendencia de construir cárceles y optar por otro tipo de intervención respecto a los conflictos sociales, en lugar de aumentar el presupuesto de Instituciones Penitenciarias para invertirlo en nuevas cárceles, se debería reducir el número de presos, creando centros alternativos de tratamiento, más pequeños y que realmente cumplan una función de “reeducación” y “reinserción social”.

## Bibliografía

- Memoria relativa al Convenio suscrito entre el Área de Bienestar Social y el Colectivo Cárcel de Málaga (CARCOMA) año 1998.
- Memoria relativa al Convenio suscrito entre el Área de Bienestar Social y el Colectivo Cárcel de Málaga (CARCOMA) año 1999.
- Memoria relativa al Convenio suscrito entre el Área de Bienestar Social y la Federación Malagueña de Asociaciones de Drogodependencias (FEMAD) año 1998.
- Memoria relativa al Convenio suscrito entre el Área de Bienestar Social y la Federación Malagueña de Asociaciones de Drogodependencias (FEMAD) año 1999.
- Mil voces presas. Universidad Pontificia de Comillas (Madrid). Julián Carlos Ríos Martín y Pedro José Cabrera Cabrera.
- <http://www.ayto-malaga.es>
- La situación de los drogodependientes en las cárceles andaluzas. ENLACE. Informe Mayo 1999.



# Coordinación comunitaria e intersectorial, instrumento de una estrategia de promoción de salud en el área 1 del Insalud de Madrid



En el presente artículo se hace una exposición clara y ordenada de una interesante experiencia de promoción en salud, siguiendo las líneas marcadas por la Conferencia de Alma-Ata y la Carta de Ottwa: Desarrollo de políticas saludables desde el sector público, reforzar la acción comunitaria, desarrollo de habilidades personales, crear entornos que contribuyan a la salud y la reorientación de los servicios comunitarios.

Se basa por tanto en la promoción de la salud no sólo en el ámbito sanitario, sino desde una estrategia conjunta de todos los sectores que tienen influencia en la misma, concretándose en un proceso de coordinación comunitaria e intersectorial, desarrollado a lo largo de varios años en un Área de Salud, perteneciente al INSALUD de Madrid.

En dicha experiencia han participado diversos movimientos sociales: Asociaciones de Vecinos, Voluntariado, Asociaciones de Mujeres, etc. e instituciones pertenecientes a las distintas Administraciones: central, autonómico y local. Se incluye el desarrollo de varios Programas y las conclusiones analizando los puntos fuertes y débiles y los aspectos positivos y las dificultades encontradas en el proceso.

Juasn Luis RUIZ-GIMÉNEZ AGUILAR  
Médico Área 1 del Insalud. Madrid

## Introducción:

Nos enmarcamos en la estrategia de Alma Ata y de Ottawa de Salud para todos en el año 2000 y la promoción de la salud. En ambas se insiste en la importancia de tener en cuenta las siguientes líneas:

- Desarrollo de políticas saludables desde el sector público.
- Reforzar la acción comunitaria.
- Desarrollo de habilidades personales. Educación para la Salud (en adelante EPS) grupal y comunitaria.
- Crear entornos que contribuyan a la salud. Vivienda. Medio ambiente...
- Reorientación de los servicios sanitarios.

En España se concreta, entre otras cosas, en el desarrollo de la reforma de la atención primaria y en la Ley de Sanidad de 1986.

En el Área 1 del Insalud de Madrid en la década de los 90 se va a ir desarrollando una estrategia de promoción de salud centrada principalmente, de acuerdo con sus competencias, en reforzar la acción comunitaria, en la que uno de sus instrumentos ha sido la coordinación intersectorial y comunitaria; desarrollar habilidades personales y en reorientar los servicios sanitarios.

Para su desarrollo ha sido necesario el compromiso por parte de los políticos, gestores del sistema sanitario, profesionales y ciudadanos.

Analizaremos brevemente cuál ha sido la estrategia establecida, como se concretó la coordinación intersectorial y comunitaria y cuáles son sus puntos fuertes y débiles.

## Estrategia de promoción de salud en el Área 1 del Insalud de Madrid.

Las líneas maestras priorizadas han sido:

- 1.- Reforzar la acción comunitaria y contribuir a la creación de un contexto comunitario en salud.**

El reforzar la acción comunitaria significa la creación de un contexto comunitario en salud que facilitara una mayor responsabilidad y participación de los individuos, familia y comunidad en el cuidado de su salud y en la utilización y gestión de los servicios sanitarios públicos. El contexto se planteaba como una red amplia y diversa de instrumentos de acción social en salud a propiciar tanto desde la dirección del Área 1 como de cada Centro de Salud en la medida de sus posibilidades.

Se plantaron algunos criterios de calidad por donde debería plantearse el trabajo comunitario:

Información sobre problemas de salud y servicios sanitarios.

Evaluación de necesidades, problema de salud y de los servicios sanitarios.

Movilización de recursos y realización de tareas.

Intervención en la toma de decisiones.

Colaboración en la organización de la comunidad.

Se desarrollaron los instrumentos siguientes:

\* Contactos sistemáticos con la red de movimientos sociales para:

- Información a grupos organizados de los distintos movimientos sociales sobre diversos temas de salud como drogadicción, medioambiente y salud, enfermedades infecciosas y la puesta en marcha de Centros de Salud, Equipos de Atención Primaria y de los servicios y programas que ofrecen.

Se ha llevado a cabo mediante reuniones con grupos, conferencias y charlas, participación en mesas redondas, jornadas y programas de radio y televisión locales, edición y distribución de folletos o cartas informativas, elaboración de carteles.

- Formación sobre temas de salud y de los servicios sanitarios. Mediante talleres o escuelas de salud de unas 10 horas de duración sobre diversos problemas de salud, autocuidado y servicios sanitarios públicos.
- Análisis de problemas y propuesto de intervención conjuntas sobre temas concretos como salud bucodental, programa de salud escolar, infravivienda y salud, medio

ambiente y salud, diagnóstico de salud de barrio, drogodependencias, programa de atención a personas mayores dependientes, asentamientos marginales, programa Ingreso Madrileño de Integración (IMI), puesta en marcha y seguimiento de Centros de Salud y constitución de Consejos de Salud.

Se realizaron mediante la constitución de grupos de trabajo con un objetivo concreto por tiempo limitado y para ciertos temas participar en órganos más estables de coordinación sociosanitaria con servicios sociales y educativos como en el programa escolar, del mayor y atención a drogodependientes.

- \* Desarrollo de una red de 12 Consejos de Salud de Area 1 que más adelante analizamos.

## **2.- Desarrollo de habilidades personales: EPS grupal y comunitaria.**

Sé priorizaron las siguientes actividades:

- \* Educación para la salud a grupos en el ámbito de las escuelas de adultos de los movimientos sociales para aumentar la competencia personal y social en el cuidado de la salud, en los comportamientos saludables y en el conocimiento y utilización de los servicios sanitarios públicos.
- \* Escuela de agentes dinamizadores de salud para los movimientos sociales.
- \* Educación para la salud en el ámbito escolar. Con apoyo a profesores y alas asociaciones de madres y padres.
- \* Educación para la salud con grupos sobre procesos crónicos, estilos de vida y etapas vulnerables.

## **3.- Reorientar los servicios sanitarios:**

Se planteó el implantar el nuevo modelo de Atención Primaria con equipo multiprofesional en el que se llevara a cabo un enfoque promotor de salud y de atención más integral. Esto se concretó en nuestra área con las siguientes peculiaridades:

- \* Establecer una red profesional motivada, formada en EPS y trabajo comunitario a través de:

- Grupo de promoción de salud como dinamizador formado por profesionales motivados de los equipos.
  - Constitución de un grupo docente interdisciplinario de 8 profesionales del Área capacitado para la formación en EPS.
  - Desarrollo de programa docente en metodología de EPS grupal y de intervención comunitaria para todos los EAPS.
  - Elaboración y dotación de materiales en educación para la salud con grupos.
- \* Adecuar la estructura de gestión del Área 1 a través de:
- Líneas directivas desde la Gerencia.
  - Creación de una unidad de EPS en el equipo directivo con responsable, sistema de información y registro, fondos documentales y apoyo al grupo de promoción de salud.
  - Constitución de una red de responsables de EPS en todos los Equipos de Atención Primaria (EAP).
  - Líneas de incentívación en la cartera de servicios.
  - Constitución y participación en la red de consejos de salud.
- \* Extensión y consolidación de una red de Centros de Salud con:
- Servicios y actividades de promoción de salud como programas de salud y educación para la salud con grupos.
  - Unidades de apoyo en fisioterapia, matronas, trabajo social y atención odontoestomatológica.
  - Programas de atención integral al niño, salud escolar y al mayor de riesgo,.
  - Salas de uso múltiple y comunitario.
- \* Favorecer la creación de instrumentos de coordinación sociosanitaria dentro de los programas de intervención:
- Comisiones de coordinación sociosanitarias (CSS) dentro del Programa de Atención al mayor en riesgo social.

- Mesas de salud escolar dentro del programa de salud escolar y atención al niño.
- Comisión general de coordinación del proyecto de infancia del distrito de Puente Vallecas.
- Mesa de coordinación sobre drogodependencias.

## Participantes en la estrategia:

Un aspecto interesante y enriquecedor de todo este proceso ha sido el que la estrategia ha supuesto un compromiso por parte de diversos actores con heterogéneo nivel de motivación, compromiso, conocimiento, organización y ritmos.

Analizaremos brevemente los distintos partícipes:

### 1. Comunidad:

En este proceso ha existido una dinámica que ha propiciado la participación de personas individuales y líderes sociales, algo que valoramos como positivo pero nos referimos prioritariamente al papel de los movimientos sociales organizados como instrumentos claves para el desarrollo comunitario en salud.

Los movimientos sociales con los que se ha trabajado han sido los siguientes:

- Coordinadora de Sanidad de Vallecas. Movimiento social que aglutina asociaciones vecinales y colectivos sociales motivados por los problemas de la salud y de los servicios sanitarios con una amplia historia de acciones en relación con la salud como un derecho social básico, la promoción y educación para la salud como prioridad, la defensa de la salud pública como responsabilidad colectiva y de los gobiernos, la consolidación de una red de servicios sanitarios públicos integrados y de calidad, la reforma de la Atención Primaria de Salud (APS) y la participación comunitaria como un derecho y necesidad técnica.
- Coordinadora infanto-juvenil de Vallecas.
- Asociaciones de vecinos de los Distritos de Puente y Villa de Vallecas, Valdebernardo, Madrid Sur, Vicalvaro, Retiro, Moratalaz, Arganda, Rivas, Vaciamadrid y Campo Real.
- Plataforma contra la droga. Madres contra la droga y otras ONG específicas

- Mesa de prevención de Vicalvaro.
- Asociaciones de padres y madres de colegios Públicos e Institutos.
- Escuelas de Adultos.
- Voluntariado de las Parroquias de Vicalvaro, Moratalaz, Puente y Villa de Vallecas.
- Organizaciones no Gubernamentales como Cáritas, Asociación Bano, etc...
- Asociaciones de ayuda mutua: Afectados del síndrome del aceite tóxico, alcohólicos anónimos, familiares de enfermos de salud mental, de la enfermedad de Alzheimer, enfermos renales.
- Asociaciones de mujeres: Nosotras Mismas de Vallecas, de Vicalvaro.
- Medios de comunicación locales: TeleK, Radio Vallecas, Radio Paloma.

Todos los movimientos sociales han tenido su dinámica propia y autonomía con respecto a su inserción y colaboración en la estrategia pero con una heterogeneidad en su nivel de compromiso y de actividades realizadas en la acción comunitaria en salud. En alguno de los casos como el llevado a cabo por la coordinadora de sanidad de Vallecas la evolución de la calidad de la participación comunitaria a lo largo de los años ha sido progresiva, dinámica y creativa. Con otros movimientos sociales se ha tenido que propiciar su participación

La coordinación con el sector profesional y/o institucional ha sido diversa y heterogénea. En ocasiones las relaciones han sido más de reivindicación y confrontación pero con fases de aunar esfuerzos y amplia colaboración para el abordaje de algunos problemas específicos o para mayor capacitación. También la duración en el tiempo ha oscilado entre contactos puntuales a procesos de coordinación estructurados dentro de programas de intervención, programa de la infancia o del mayor y órganos de participación, como los Consejos de Salud.

## **2. Profesionales:**

Dentro de los profesionales podemos diferenciar aquellos más motivados y sensibilizados con la estrategia de los que se han visto involucrados por su rol, su puesto de trabajo o por la directrices institucionales y de aquellos que han puesto resis-



tencias y trabas diversas. Profesionales motivados han existido en todos los sectores, principalmente en el sector sanitario pero también en los servicios sociales y en el sector educativo.

El sector más motivado ha ido minoritario pero muy dinámico, creativo y voluntarioso. Ha tenido que hacer un esfuerzo importante en su capacitación a través de la práctica en muchas ocasiones con dedicación horaria extra y escaso apoyo y reconocimiento por resto de los compañeros o la propia institución. Ha trabajado por un lado muy cerca, abierto y flexible a las dinámicas que los propios movimientos sociales tenía y a los temas que les preocupaba y por otro lado presionando a la Institución respectiva y sensibilizando a los profesionales para que se comprometieran con la estrategia. En ocasiones las relaciones con los movimientos sociales han tendido sus dificultades, incomprensiones y discrepancias.

En el sector salud ha participado en ese grupo médicas/os, enfermeras/os, trabajadores sociales, matronas, fisioterapeutas, personal auxiliar y administrativo. Es decir todos los estamentos y de casi todos los equipos del Área. Por iniciativa propia se constituyó el grupo de promoción de salud del área con el objetivo de apoyarse, intercambiar, experiencias, elaborar materiales, formarse, presionar y asesorar el equipo directivo. Con el tiempo el grupo fue apoyando por la propia dirección encargándole tareas específicas como la formación en EPS o la elaboración de materiales y guías educativas. El grupo fue creciendo en número de profesionales implicados y en la actividades que realizaba para pasar en este momento por una etapa de estancamiento y ligero retroceso motivado en parte por los traslados de profesionales, los cambios directivos y las nuevas orientaciones de política sanitaria.

### **3. Instituciones y administraciones:**

Nos referimos al papel más institucional que deben asumir en el proceso de implantación y desarrollo de la estrategia y que se puede concretar en diverso grado de compromiso en las líneas políticas y/o de gestión concreta de las Administraciones Públicas y de las Instituciones.

Las Administraciones e Instituciones que de alguna forma han estado implicadas han sido las siguientes:

#### *Administración Central:*

Ministerio de Sanidad e Insalud. Gerencia de Atención Primaria y Especializada del Área 1 Insalud. Centros de Salud.

Centro de Salud Mental y Centros de Especialidades extrahospitalarias.

Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales. Insero y centros de Servicios Sociales.

Ministerio de Educación. Centros de formación de profesores. Centros escolares. Inspección escolar.

*Administración Autonómica:*

Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Hospital Gregorio Marañón.

Servicios y Centros de Salud Pública.

Atención a Drogodependientes

Centros de Día y Residencias.

*Administración Local:*

Ayuntamiento de Madrid:

Juntas Municipales de Distrito.

Centros de Servicios Sociales municipales.

Centros de Servicios Sanitarios municipales.

Centros de Atención a drogodependientes.

Centros de Mayores.

Técnicos de educación Municipal.

Ayuntamientos de Arganda, Rivas Vaciamadrid, Campo Real, Villarejo de Salvanés y Perales.

El papel de ese sector también ha sido muy heterogéneo. En general han ido a remolque de la necesidad o de la presión y no ha sido el partícipe más dinamizador. Su papel ha oscilado entre obstaculizar el proceso, dejar hacer, poner su sello hasta impulsarlo de una forma estructurada facilitando formación y recursos. Su compromiso activo ha sido mayor cuando se han dado circunstancias favorables por la existencia de políticas más favorables o de políticos y gestores que han apoyado y hasta impulsado la estrategia promotora de salud.

En el sector de las Instituciones las más comprometidas han sido la Gerencia y Centros de Salud del Insalud y los Servicios Sociales Municipales.

## Coordinación intersectorial y comunitaria:

Definimos la coordinación como la actividad de estructurar recursos, medios y perspectivas para desarrollar una cooperación activa que nos lleve a fines consensuados de mejora de la calidad de vida (Antonio Díaz).

La OMS recoge en su glosario de términos la coordinación sociosanitaria como "la necesidad de una acción intersectorial, es decir, la acción en la que el sector salud y los demás sectores pertinentes colaboran para el logro de una meta común mediante una estrecha coordinación de las contribuciones de los diferente sectores.

*Justificación:* Hoy día la coordinación se ha convertido en una demanda desde los distintos ámbitos y en una necesidad ante la complejidad de los problemas de salud y las limitaciones en los recursos públicos.

La integralidad de la atención a los problemas de salud, la transversalidad de la políticas de protección social, el enfoque de salud comunitaria y de promoción de salud y la racionalidad en la utilización de los recursos públicos obligan a una amplia coordinación intersectorial y comunitaria.

Hablar de coordinación entre instituciones es hablar de conceptos de tal importancia como los de "reparto de poder, conocimiento e información"; implica así mismo concebir al ciudadano como el auténtico protagonista de su historia y desarrollo, capaz de reconocer sus necesidades, ordenarlas, priorizarlas y tomar decisiones. Supone olvidar el sello del "personalismo", ceder, perder protagonismo a favor de un mejor y más ajustado servicio.

La coordinación entendida como una metodología de trabajo en donde exista la cooperación intersectorial a través de un sistema de relaciones y proceso de comunicación mediante una serie de instrumentos formales e informales y una estructura organizativa vertical/horizontal que permita y propicie el trabajo en equipo y en donde se delimiten con claridad la responsabilidad política, técnica y social.

La coordinación como trabajo en equipo debe contemplar las siguientes características:

- Objetivos comunes de trabajo.
- Sistema de programación por objetivos.

- Estructura organizativa estable.
- Aportación de recursos personales, profesionales e institucionales.
- Conformar un lenguaje común = homogeneizar.
- Socialización de la información.
- Actitud de cooperación con otros.
- Toma de decisiones por consenso.
- Encuadre de trabajo: espacio/tiempo/normas.
- Instrumentos formales de trabajo.
- Coordinación: sostenedor del encuadre.
- Tareas en equipo: programación y evaluación.
- Formación continuada.

Niveles de coordinación: Han sido diversos y diferenciamos tres niveles de interacción:

Nivel I: Información mutua entre los participantes. Se ofrece información con carácter, más o menos periódico de cada una de las Instituciones. Requiere una estructura organizativa externa a los servicios que participan y utiliza como instrumento un sistema informativo (folletos, boletines, guía de recursos, estadísticas) con una participación incompleta solo en el momento de difusión de la información.

Nivel II: Consultarse. Se ofrece información y se reclama información u opinión de carácter puntual sobre actividades y programas. Se precisa de un tiempo, lugar, canal e instrumento de comunicación. Utiliza como instrumentos el teléfono, fax, correo o entrevistas. La participación se realiza en el momento de la programación de la actividad.

Nivel III: Actuar juntos. Se aporta información y opinión de forma permanente para la toma de decisión sobre planes, programas y proyectos. Se requiere una estructura organizativa propia y común a todas las instituciones y se utilizan instrumentos como convenio, planes y programas integrales comisión organizadora, consejos, protocolos conjuntos. La participación es completa. Se realiza en todo el proceso.

La coordinación intersectorial aparece tejiendo una red de interconexiones en virtud de múltiples y variados criterios de agrupamiento:

Conforme a sectores de población: infancia, juventud, mujer, población marginal y mayores.

Conforme a problemas de salud: drogodependencias, hábitos y comportamientos de riesgo, salud mental, maltrato infantil y riesgo social, prevención del Sida.

Conforme programas de salud: Salud escolar, Salud bucodental, Educación para la Salud, Planificación Familiar, Atención integral a la población mayor de riesgo social.

Conforme a Centros y Servicios de Salud: Consejos y Centros de Salud.

Instrumentos desarrollados del nivel III:

- 1.- Consejos de Salud.
- 2.- Programas de atención al mayor con las comisiones de coordinación sociosanitaria.
- 3.- Mesa de salud escolar dentro del programa de salud escolar.
- 4.- Mesa de drogodependencias.

## 1.- CONSEJOS DE SALUD

### **Introducción:**

Desde 1992, en el Área 1 del Insalud se tiene establecida una línea activa propiciada desde la Gerencia de trabajo y participación comunitaria de acuerdo a las características propias de la Atención Primaria de Salud y de las normativas legales y directrices autonómicas, estatales e instrumentales existentes en esta materia.

Esta línea surge en gran medida de las iniciativas y motivaciones existentes en alguno de los Equipos de Atención Primaria del Área y del compromiso e implicación de gran parte del movimiento asociativo del distrito de Vallecas.

La herramienta que en mayor medida se ha desarrollado para dar cabida a la participación de la comunidad ha sido el *Consejo de Salud*.

### **Relación de Consejos de Salud funcionantes:**

- 1.- Consejo de Salud de Puente de Vallecas. Inicia sus actividades en 1992 e incluye a los 4 EAPs (Vicente Soldevilla, Martínez de la Riva, Alcalá de Guadaíra, García Miranda) y los colectivos sociales de las zonas básicas de San Diego y Palomeras Bajas.
- 2.- Consejo de Salud de Entrevías, Inicia sus actividades en 1993 e incluye a los EAPs Entrevías y Pozo del Tío Raimundo y los colectivos sociales de las zonas básicas de Entrevías 1 y 2.
- 3.- Consejo de Salud de Villa de Vallecas. Inicia sus actividades en 1994 e incluye a los EAPs Entrevías y Santa Eugenia (este último de reciente incorporación al crearse el equipo) y los colectivos sociales de las zonas básicas de Villa de Vallecas 1 y 2.
- 4.- Consejo de Salud de Numancia-Portazgo. Como tal inicia sus actividades en 1998, si bien el EAP de Portazgo tenía un consejo propio con grandes altibajos desde 1995, e incluye a los EAPs Portazgo, Numancia y Peña Prieta y los colectivos sociales de las zonas básicas de Numancia 1 y 2 y Portazgo.
- 5.- Consejo de Salud de Palomeras Sureste. Como tal inicia sus actividades en 1997, si bien el EAP de Montseny y Campo de la Paloma y los colectivos sociales de las zonas básicas de Palomeras Sureste. Además cada equipo tiene una mesa de salud que se reúne con los movimientos de su zona para analizar los asuntos más particulares.
- 6.- Consejo de Salud de Moratalaz. Inicia sus actividades en 1997 incluye a todos los EAPs del distrito de Moratalaz y los diferentes colectivos sociales del distrito.
- 7.- Consejo de Salud de Arganda. Inicia sus actividades en 1997 incluye a los EAPs Vicalvaro 1 y 2 y los colectivos sociales del municipio de Arganda.
- 8.- Consejo de Salud de Vicalvaro. Inicia sus actividades en 1997 incluye a los EAPs de Vicalvaro 1 y 2 y los diferentes municipios que componen la zona básica de Perales.
- 9.- Consejo de Salud de Campo Real. Inicia sus actividades en 1998 incluye al EAP y colectivos de los diferentes municipios que componen la zona básica de Campo Real.

- 10.- Consejo de Salud de Perales. Inicia sus actividades en 1998 incluye al EAP y colectivos de los diferentes municipios que componen la zona básica de Perales.
- 11.- Consejo de Salud de Villarejo. Inicia sus actividades en 1998 incluye al EAP y colectivos de los diferentes municipios que componen la zona básica de Villarejo.
- 12.- Consejo de Salud Rivas. Inicia sus actividades en 1998 incluye al EAP y colectivos de los diferentes municipios que componen la zona básica de Rivas.

Nota.- La única zona que no dispone de Consejo de Salud es el distrito Retiro, si bien se ha constituido un foro de encuentro entre los profesionales de los EAPs Pacífico y Adelfas con los movimientos de la zona que puede ser el embrión del futuro consejo de salud.

### **Composición de los Consejos de Salud:**

El gran número de Consejos existentes el Área amplía la gama de instituciones y colectivos participantes en los mismos, si bien en el ámbito general acuden:

- Un representante de la Dirección Gerencia de Atención Primaria.
- Representantes de los EAPs incluidos en el Consejo. Suele acudir una representación estable formada por algún componente del equipo de coordinación y el trabajador social. Además participan ocasionalmente otros componentes del equipo.
- En las fases de puesta en marcha de los Consejos se invitó a que formasen parte del mismo otras instituciones como las Juntas Municipales del Ayuntamiento de Madrid y la comunidad de Madrid declinando su participación. Actualmente sólo acuden con carácter voluntario y no en todos los Consejos de Salud, profesionales de los Servicios Sociales municipales y Centros Municipales de Salud. En cambio en los Consejos de la zona rural, la participación de los Ayuntamientos es plena.
- Representación ciudadana. En cada Consejo acude una representación muy variada de colectivos y organizaciones sociales con implicación en cada una de las zonas, entre las que se pueden relacionar:

Asociaciones de Vecinos  
Asociaciones de Madres y Padres  
Colectivos de Parroquias Grupos de mujeres  
Grupos de jóvenes Asociaciones de viudas  
Grupos de autoayuda  
Grupos de familiares de enfermos  
Grupos políticos  
Representantes de gitanos  
Farmacéuticos de la zona  
Medios de comunicación locales.

Por lo general hay un promedio de 5 o 6 colectivos por Consejo.

### **Funcionamiento y periodicidad:**

Todos los Consejos se han basado para su puesta en marcha y orientación sobre su funcionamiento en la normativa de la Comunidad de Madrid (Orden 1254/1994 publicada en el BOCM el 12/1/95), aunque en sentido estricto no se han podido constituir por falta de decisión de las Instituciones responsables en el proceso. Ante esa situación, se apostó por un funcionamiento más flexible al referido en la normativa lo que ha podido servir para que la dinámica fuese más espontánea y participativa aunque perdiese peso específico.

Las reuniones suelen tener una periodicidad mensual o bimensual con un promedio de 6-8 Consejos al año.

Existe un Orden del Día que suele elaborarse en la reunión anterior del Consejo.

Las reuniones suelen ser moderadas por un representante de los EAPs o uno de los miembros de los colectivos sociales asistentes al Consejo.

No se ha efectuado el proceso de nombramiento de los cargos que se establecen en el Decreto por su carácter todavía informal.

Se elaboran actas de lo tratado y acordado. Dicha acta se lee y aprueba en la siguiente reunión del Consejo.

Suele existir un reglamento del funcionamiento del Consejo, aprobado por todos los participantes.



Los acuerdos se toman por consenso, evitando se realicen votaciones.

Otra característica es su carácter abierto a la constante incorporación de nuevos grupos y/o personas con implicación en los barrios. Se realiza captación activa.

En otras ocasiones se constituyen grupos de trabajo para temas específicos.

En aquellos Consejos en los que se realizan proyectos conjuntos desarrollan dinámicas más activas. Por otro lado en aquellos en los que solo se transmite información, la actitud es por lo general más pasiva y de menor implicación. No obstante, por regla general, se mantiene por parte de los colectivos sociales actitudes dispuestas a la colaboración o participación en cualquier propuesta de los EAPs.

### **Temas tratados:**

Han sido muy diversos y heterogéneos. Se han abordado:

- Información y análisis sobre la APS y el funcionamiento de los Centros de Salud. Información si se producía rezonificación sanitaria, apertura de nuevos centros y cambios de profesionales por los diferentes concursos. Uso adecuado de los servicios sanitarios. Análisis de las reclamaciones existentes y estudio de las quejas y sugerencias planteadas.
- Información y evaluación de las memorias anuales de los EAPs con los objetivos propuestos.
- Información sobre los programas de salud que se desarrollan y las vías de colaboración en los mismos de los movimientos asociativos.
- Información sobre los nombramientos de coordinadores de los EAPs y presentación de sus proyectos.
- Análisis sobre políticas sanitarias. Debates sobre temas tanto generales como concretos: Ley de Sanidad, sanidad pública y privada, planes estratégicos del Insalud, nuevas formas de gestión, ley del Medicamento, uso racional de medicamentos, participación comunitaria y Consejos de Salud y programación de actuaciones de la dirección del área.
- Servicios de urgencias. Funcionamiento, reestructuraciones, etc.

- Análisis y propuestas de intervención sobre diversas problemáticas de salud de las zonas, unas veces a propuesta de los colectivos sociales y otras de los profesionales sanitarios. Entre los temas abordados se encuentran:
  - Drogodependencias.
  - Medio ambiente y salud
  - Sida-VIH-Tuberculosis
  - Depresión y ansiedad
  - Alimentación y salud
  - Infravivienda y salud
  - Ancianos e inmovilizados
  - Campañas sanitarias (Cáncer de Mama, meningitis, etc.)
  - Adolescentes
  - Problemas de la mujer
- Análisis y situación de Atención Especializada: Necesidades y problemas. Coordinación con Atención Primaria. Problemas y relaciones con el Hospital Gregorio Marañón. Salud Mental. Desfases entre necesidades y recursos.
- Programación conjunta de actividades de Educación para la Salud. Puesta en común de las actividades realizadas tanto por los EAPs como por los movimientos sociales.
- Información sobre el funcionamiento y líneas de trabajo de los movimientos sociales miembros del Consejo: Estudio y análisis de sus necesidades y demandas.
- Información sobre los Servicios Sociales y Sanitarios del Ayuntamiento de Madrid: Formas de coordinación y mejor utilización de sus recursos.

### **Dificultades:**

No obstante, el desarrollo de los Consejos no ha estado exento de dificultades.

- Falta de carácter ejecutivo manifestado por todos pero especialmente por los colectivos sociales.
- Ausencia de instituciones y sectores fundamentales para poder abordar los diferentes problemas conjuntamente.
- En algunas zonas básicas, comunidad poco organizada.

- No siempre es contemplado como una línea de trabajo necesaria por los profesionales, manifestándose en no pocas ocasiones actitudes defensivas frente a los ciudadanos o el temor a ser fiscalizados en su trabajo.
- Desarrollo de Consejos excesivamente reivindicativos por parte de los colectivos sociales sin que se manifiesten al tiempo otras líneas de colaboración.
- Asistencia irregular de algunos movimientos asociativos.
- Falta de un plan de trabajo en algunos Consejos.
- No existe una respuesta institucional a las necesidades sentidas por parte de los ciudadanos.

### **Motivaciones y nivel de participación.**

Tras analizar la situación actual de los diferentes consejos del Área, se manifiesta:

- Por parte de los EAPs:
  - Desigual implicación entre los profesionales de los centros al no considerarse una actividad prioritaria. En algunos centros se delega esta actividad casi en exclusividad para el equipo de coordinación y trabajador social.
  - Se consigue una mayor implicación del equipo general cuando todos los profesionales son informados periódicamente de las actividades realizadas en el consejo.
  - Existe un carácter voluntarista en la participación en estas líneas de trabajo.
- Por parte de los movimientos sociales:
  - Desánimo por los condicionantes externos (política sanitaria).
  - En ocasiones se sienten utilizados al ser considerado un requisito para ciertas acciones sin que se pueda influir en su decisión.
  - Se reclama una mayor participación en la toma de decisiones.
  - Es valorado y apreciado el que se les transmita información, aunque no siempre estén de acuerdo con las decisiones que se toman por la parte de los EAPs o de Dirección.

- Existe una participación activa a través de recursos propios o de medios de comunicación a su alcance.
- La participación de los diferentes colectivos en gran medida esta ligada a la motivación personal de quien lo representa.

### **Valoración general.**

Los consejos de salud existentes en el Área 1 no se han podido constituir con carácter formal, según la normativa de la Comunidad de Madrid por ausencia de voluntad política de las instituciones responsables.

No obstante, desde hace años se ha creído necesario impulsar este tipo de órganos de participación y encuentro con los movimientos sociales dentro de una línea de promoción de salud y trabajo comunitario. En este sentido se han impulsado cursos de formación a los profesionales de los EAPs.

Con nuestra limitada experiencia, podemos realizar las siguientes valoraciones:

1. Escasa importancia dada por parte de las Instituciones responsables.
2. Ha existido un apoyo consciente por parte de un sector limitado de profesionales que tuvieron que vencer resistencias, compaginar con el resto del trabajo y convencer a otros compañeros. A medida que entre los profesionales se detecta la necesidad de esta línea de trabajo se dan pasos importantes para ir creando una «red social en salud» con resultados a priori interesantes.
3. Existe una desmovilización social en el ámbito general si bien en algunos barrios se mantiene una constante dinámica de colaboración. Este hecho hace que los consejos sean muy heterogéneos.
4. Falta formación sobre metodología en intervención sociosanitaria en general y comunitaria en particular.
5. Al no tener un carácter formal, la capacidad de influir en la toma de decisiones es muy limitada.
6. Se valora muy positivo que los movimientos sociales hayan aumentado su interés y formación en todos los te-

mas relativos a la salud y los servicios sanitarios. Al tiempo que se manifiesta en gran parte de estos una clara conciencia de querer contribuir de una forma más activa a la salud de los barrios.

7. El desarrollo de esta y otras vías que puedan realizarse en el futuro posibilita el encuentro entre profesionales y comunidad.

### **Propuesta de líneas futuras.**

1. Mantener viva la dinámica de los diferentes consejos trasladando, en la medida de lo posible, las experiencias y contenidos de los consejos más dinámicos.
2. En los consejos con mayor dificultades, mantenerlos activos como lugar de encuentro entre profesionales y ciudadanos hasta que se vayan desarrollando otras fórmulas.
3. Captación activa de nuevos componentes en el consejo. Priorización de temas propuestos por los colectivos.
4. Asegurar el traslado de la información de las actividades de los consejos al total de los componentes de los EAPs.
5. Potenciar la formación en promoción e intervención comunitaria.
6. Evaluación cuanti y cualitativa de la participación comunitaria con propuestas para potenciarla.

## **2. COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA PARA LAS PERSONAS MAYORES EN EL ÁREA 1.**

### ***Introducción.***

En la década de los 90 se ha ido consolidando toda una cultura de atención sociosanitaria fundamentalmente referida en la atención a los mayores, que utiliza como modelo la «coordinación» entre los diferentes dispositivos asistenciales (sanitarios y sociales) y de estos diferentes movimientos asociativos (ONG y otros).

En este sentido se dan pasos para crear una estructura de coordinación como son las «comisiones socio sanitarias» que se encuentran en medio de las diferentes instituciones, con los objetivos afines, pero modelos y métodos de trabajo muy diferentes y los profesionales de estas mismas instituciones que tienen muchas dificultades para realizar su trabajo diario y resolver graves situaciones de personas en el ámbito individual. Diversos documentos surgidos desde el año 1992 van diseñando la creación, desarrollo y funcionamiento de las Comisiones Sociosanitarias (CSS) para constituirse en el motor del desarrollo del nuevo modelo de atención a los mayores.

En el Área 1, a diferencia de los funcionantes de otras Áreas, la constitución y puesta en marcha de las CSS se integra en el «Programa Sociosanitario para la Atención de las personas mayores» cuyo formato final del programa en general y de las CSS en particular se consensua en un taller de Coordinación Socio Sanitaria celebrado en Febrero de 1996 y donde participaron todas las instituciones y organismos que desarrollaban actividades con los mayores en el Área.

El programa fue elaborado en 1995 por un grupo interdisciplinario de profesionales de distintos servicios sanitarios y sociales del Área, en el que se integró el protocolo de Atención Domiciliaria y que se basaba en tres bloques de actuación:

- Definir actividades asistenciales desde un abordaje integral del mayor y su familia (preventivas, curativas, de rehabilitación y de educación para la salud) tanto en el centro como en el domicilio.
- Definir actividades de formación tanto para los profesionales (se han realizado diversos cursos y se mantiene un calendario en vigor) como para el apoyo informal con la elaboración de una guía para trabajar con cuidadores de población mayor dependiente.
- Definir actividades de coordinación, recogiendo las internas entre los componentes del EAP y de los dispositivos sanitarios (AE, USM, etc) donde se recogen los criterios de derivación como las externas en las que se enmarcan las CSS de las que se profundizará en adelante.

Con este encuadre general, se constituyen desde Febrero de 1996, tres niveles de coordinación sociosanitaria:

- A) Básico - establecido entre los profesionales de ambos ámbitos.

- B) Comisión Socio Sanitaria de Distrito. Existen 5, representando prácticamente a la totalidad de distritos del Área y ejercen el papel más operativo de las labores de coordinación, fundamentalmente entre centros de Atención Primaria y servicios sociales municipales.
- C) Comisión Socio Sanitaria de Área que ejerce la representación más formal y el diseño estratégico de las actuaciones de coordinación modelo Área.

El desarrollo de esta metodología de coordinación ha sido posible mediante una organización sustentada por:

- > Crear un referente del programa de mayores que a la vez coordina la CSS de Área en la Gerencia de AP.
- > Crear una red de responsables del programa en cada uno de los EAPs, aunque no participen en las CSS de distrito.
- > Potenciar la figura del Trabajador Social como apoyo a los EAPs en la coordinación de las instituciones y creación del nexo sociosanitario.
- > Implicar a la subdirección del distrito en las CSS del distrito, quedando incluido en sus objetivos y siendo coordinadores de algunas de ellas.

## **Las Comisiones Socio Sanitarias del Distrito.**

### ***Composición:***

Están compuestas por los trabajadores sociales de Insalud, responsables del programa de mayores de algunos EAPs, trabajadores sociales de los Servicios Sociales Municipales y en alguna de ellas también de la Comunidad de Madrid, del Hospital Gregorio Marañón (HGGM) y de empresas concertadas. Además participan un subdirector de la gerencia de Atención Primaria, y ONG, fundamentalmente Cáritas y AFAL. En alguna participan también las Unidades de Salud Mental y los Centros Municipales de Salud (CMS).

### ***Dinámica de Trabajo:***

Las reuniones se realizan con carácter mensual por lo general y con la duración aproximada de 2 horas de duración. Se elaboran actas de las reuniones con un resumen de lo tratado y los acuerdos adoptados.

***Funciones realizadas y/o logros obtenidos:***

- Foro de encuentro y comunicación de los profesionales implicados.
- Elaboración y actualización de la guía de recursos.
- Definición de los circuitos de coordinación y soporte documental. Se ha elaborado un documento único (DDI) de transmisión de información.
- Identificación y análisis de los problemas de coordinación.
- Sensibilización de la cultura de lo «socio-sanitario» entre los profesionales.
- Garantizar la comunicación sobre la utilización y funcionamiento de los diferentes recursos.
- Análisis de casos.
- Identificación de las necesidades de recursos.

***Dificultades:***

- Falta conexión entre las CSS de distritos y estas con la del Área.
- Escaso peso específico para la solución de problemas.
- Asistencia irregular a las comisiones por:
  - Falta de reconocimiento institucional
  - Falta de operatividad
  - Desánimo

***Propuestas de trabajo:***

- Favorecer la asistencia y continuidad.
- Facilitar la comunicación y difusión entre el resto de profesionales.
- Desarrollar el trabajo con cuidadores.
- Definir y explorar nuevos recursos según la situación de cada distrito.



- Agilizar los circuitos de derivación.
- Definir la estructura y contenido para la presentación de casos.

## **La Comisión Socio Sanitaria de Área.**

### ***Composición:***

Están compuestas por Direcciones de AP y AE del Insalud, Dirección del HGGM, Servicio de Geriátría, Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento y de la Comunidad de Madrid, Servicio Regional de Salud, USM, Equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD), representantes de las comisiones de distrito, ONG (Caritas, AFAL, AECC).

### ***Dinámica de trabajo:***

Las reuniones se realizan con carácter trimestral y con una duración aproximada de 2 horas de duración. La secretaría técnica recae sobre el Insalud (Responsable del programa de Área) que se encarga de elaborar el orden del día, las actas de reuniones con un resumen de lo tratado y los acuerdos adoptados y representa a la CSS en otros foros.

### ***Funciones realizadas y/o logros obtenidos:***

- Foro «oficial» de encuentro y comunicación de los profesionales entre las instituciones con responsabilidades en el trabajo con mayores en el Área.
- Coordinación de las actuaciones que se realicen en aquellos niveles en el que el Área cuenta con autonomía de acción.
- Coordinación de grupos de trabajo.
- Unificación de los circuitos de coordinación y soporte documental.
- Sensibilización de la cultura de lo «socio sanitario» entre los profesionales.
- Potenciar la cultura de integración socio sanitario en las cúpulas de las instituciones.
- Definir el modelo de trabajo con los mayores en el Área y contribuir a definir el modelo de la CAM desde su trabajo técnico.

- Análisis de los casos más problemáticos.

#### ***Dificultades:***

- Ausencia de un modelo de coordinación en la Comunidad de Madrid.
- Falta el marco legal que refrende el trabajo de las comisiones.
- Desigual implicación de las instituciones
- Limitada capacidad operativa
- Escasa agilidad en la comunicación con los distritos.

#### **Propuestas de trabajo:**

- Mantener como herramienta de coordinación hasta la búsqueda de otras.
- Ser un medio y no un objetivo en sí mismas.
- Potenciar el trabajo de las CSS de distrito, avalando sus proyectos y difundiendo, profesionalizando su asistencia.
- Identificar otras alternativas de coordinación no exploradas.
- Definir líneas de formación conjuntas.

### **3. MESAS DE SALUD ESCOLAR**

Las **Mesas de Salud Escolar** son estructuras de coordinación en las que se reúnen técnicos representantes de las instituciones que desarrollan o impulsan actividades de promoción de salud en los centros educativos.

El objetivo es mejorar el nivel de salud de la población escolarizada y su entorno, mediante actividades de prevención y promoción que favorezcan la adquisición de conocimientos y hábitos saludables.

### **Antecedentes históricos:**

Desde 1988, y como continuación de la actividad que realizan los Centros de Promoción de Salud (C.P.S.) del Ayuntamiento de Madrid y en colaboración con ellos, los EAP del distrito de Vallecas fueron incorporándose, con un programa común a trabajar en los centros educativos de Educación Primaria.

Con el fin de homogeneizar los mensajes educativos en salud nos propusimos elaborar un Programa Marco de Promoción de Salud en la Escuela que se puso en marcha en todo el Área en el curso escolar 95/96.

La reunión para poner en marcha la Mesa de Salud Escolar del Área 1 fue el día 14 de febrero de 1995 a la que asistieron representantes del Ministerio de Educación y Ciencia, Ayuntamientos de Madrid,

Aranda del Rey y Rivas Vaciamadrid, Servicio de Salud Pública de la Comunidad de Madrid y Gerencia de Atención Primaria del Insalud Área 1.

A raíz de esta reunión se decide crear las siguientes mesas de distrito:

- Mesa de Vallecas: 7 de marzo /95.
- Mesa de Vicalvaro y Moratalaz: 29 de marzo/95.
- Mesa rural: 6 de abril/95.
- Mesa de Retiro: 26 de abril/95.

Los **participantes** son representantes de las siguientes instituciones:

- Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid (Servicio de Unidad de Programas Educativos de Madrid capital, y de la zona este).
- Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, a través del Servicio de Salud Pública del Área.
- Unidad de Salud Mental de Aranda del Rey.
- Ayuntamiento de Madrid (Unidad de Programas, y Técnicos de Educación de las Juntas Municipales).
- Ayuntamientos de Aranda del Rey, y de Rivas Vaciamadrid (Concejalía de Salud).

- Atención Primaria Área 1 (representantes de 10 EAP) y la responsable del Programa.

En todas y cada una de las Mesas existen representantes de la Consejería de Educación, de la

Consejería de Salud (ambas de la Comunidad de Madrid), de los Ayuntamientos, y del Área 1 de Atención Primaria. La Mesa de Vicalvaro funcionó durante un año aproximadamente, pero luego se disolvió porque existe una Mesa de Prevención donde se abordan los temas de la infancia.

### ***Situación actual:***

En la actualidad existen en el Área 3 Mesas de Salud Escolar: la de Vallecas-Moratalaz, la de Retiro, y la de la zona rural.

En la zona urbana la intervención en los colegios la ha realizado hasta el año 96 mayoritariamente los profesionales del Ayuntamiento de Madrid. A raíz de la puesta en marcha de las Mesas de Salud Escolar la distribución de los centros educativos se ha realizado de forma paulatina y consensuada.

Las reuniones se celebran mensualmente, respetando los periodos vacacionales. Se recoge acta sistemáticamente y se remite a los participantes. Los lugares de las reuniones son en el CPR (Centro de Profesores Y Recursos) de Aranda del Rey, de Vallecas y el Centro de Salud de Pacífico.

En un principio, se manejó el Programa de Promoción de Salud en la Escuela, que fue realizado por profesionales sanitarios del Insalud y del Ayuntamiento de Madrid, con la acreditación del Ministerio de Educación y Ciencia y el Servicio de Salud Pública de Área.

Los dos primeros años fueron de adaptación, de conocimiento de cada una de las partes integrantes, y de consenso de objetivos y estrategias, pero posteriormente, una vez que se unificaron las dudas, los proyectos han sido integrados por todas las instituciones.

Los profesionales conocen la existencia de esta estructura de coordinación, pero una gran mayoría no tiene muy claro cuáles son sus funciones, sin embargo los que acuden sistemáticamente a las reuniones cada vez lo viven como más propio y motivador para llevar a cabo este proyecto.

**Temas** que se han abordado en las Mesas de Salud Escolar:

Dirigidas al centro educativo:

- Puesta en marcha del Programa de Promoción de Salud en la Escuela de forma coordinada.
- Cobertura a todos los centros escolares de las zonas básicas de Entrevías y Pozo.
- Información a los centros educativos de la existencia de la Mesa.
- Apoyo y seguimiento para la elaboración y desarrollo de proyectos propuestos por los centros educativos.
- Organización de la campaña de vacunación de la meningitis.
- Divulgación de la campaña de normalización de l uso del preservativo.
- Información y apoyo documental: material informativo, divulgativo...
- Valoración de las demandas educativas del profesorado.
- Elaboración de un documento técnico basado en la pediculosis.
- Proyectos de EPS que se han desarrollado:
  - Alimentación en niños/as de 0 a 3 años.
  - Salud en la adolescencia.
  - Trastornos del comportamiento alimentario.
  - Educación afectivo-sexual.
  - Prevención de hábitos tóxicos.
  - Prevención de accidentes infantiles.
  - Escuelas de padres.
  - Resucitación cardiopulmonar básica.

Dirigidas a los profesionales de los centros de salud:

- Cobertura de todos los centros escolares de las zonas básicas de Entrevías y Pozo.

- Formación y asesoramiento sobre temas relacionados con la salud en general demandados por los centros educativos.
- Información del material necesario para desarrollar las actividades del Programa: folletos, flúor, calendarios...
- Información y asesoría de las intervenciones que se realizan.
- Curso de educación afectivo-sexual para profesionales de educación y salud.

### ***Dificultades:***

Básicamente están relacionadas con los cambios que surgen en las diferentes instituciones, y en nivel de implicación de las personas que participan. Las más significativas son:

- Dificultades en la coordinación con otras instituciones que también participan.
- Dificultad para captar a los padres.
- Falta de entendimiento con los centros educativos para abordar la EPS de forma integral.
- Escasez de demandas dirigidas al sector salud por parte del profesorado.
- Limitada importancia de la asignatura y materia de la Educación para la salud en ambas Instituciones.

### ***Conclusiones:***

- La Mesa ha servido para dar coherencia al Programa, par trabajar coordinadamente desde las diferentes instituciones que participan en los centros educativos.
- Se ha iniciado la intervención en zonas donde antes no existía: Pozo, Entrevías, zona rural.
- Se han estructurado las diferentes demandas de una forma coordinada y consensuada.
- Se ha facilitado formación a los profesionales para poner en marcha tanto el Programa, como algunas de las intervenciones que posteriormente se han realizado.

- Se ha facilitado el material necesario para desarrollar las actividades.

***Propuestas:***

- Divulgar esta estructura de coordinación.
- Apoyar las intervenciones que se realizan.
- Coordinar las demandas surgidas desde los centros educativos.
- Iniciar el trabajo con los padres/madres de una forma más sistematizada.
- Potenciar la Educación para la salud en las Instituciones escolares.

#### **4. COMISIÓN GENERAL DE PROYECTO DE INFANCIA DEL DISTRITO DE PUENTE VALLECAS.**

Esta Comisión está constituida por un grupo multidisciplinar que se encarga de analizar y dar alternativas para proteger a los niños y niñas en situación de riesgo social. Sirve para intercambiar información sobre lo que cada institución realiza, así como de los recursos disponibles del distrito. Funciona desde el año 1994, y está coordinada por los Servicios Sociales de la Junta Municipal de Puente de Vallecas.

Las reuniones se mantienen cada 3 meses en el centro de Servicios Sociales de Bulevar, se levanta acta y se propone orden del día. La Comisión ha pasado por diferentes fases en función de las líneas institucionales y de la implicación de los asistentes.

***Participantes:***

- Inspección Escolar.
- Técnico de Educación municipal.
- Comisión de Tutela del Menor.
- Programa de Apoyo Escolar (Equipo 10).
- Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF).

- Centro de Salud Mental.
- Centro de Apoyo al Menor.
- Insalud.
- Coordinación Infantil y Juvenil de Vallecas.
- Equipos de Orientación Psicopedagógica (EOEP).
- Atención Temprana.
- Servicios Sociales Municipales.
- Centro de Servicios Sociales de Pablo Neruda, de Entrevías, de Ramón Pérez de Ayala y de Bulevar.

#### ***Actividades desarrolladas:***

- Información de la escolarización de la población infantil.
- Apoyo extraescolar dirigido a niños/as de 7 a 9 años con dificultades en el aprendizaje.
- Información de las escuelas de verano.
- Información de los diferentes programas e intervenciones que se ponen en marcha en los centros educativos de la zona.
- Evaluaciones anuales de las 4 Comisiones que existen en el Distrito: Pablo Neruda, Entrevías, Ramón Pérez de Ayala y Bulevar.
- Análisis y dificultades que se desprenden de las evaluaciones.
- Información de todos los recursos que existen en la zona para dar apoyo a la población infanto-juvenil.
- Información del papel que tienen las asociaciones con respecto a la escuela.
- Análisis de casos de difícil manejo.

#### ***Dificultades:***

- Se han cambiado bastantes instituciones que actualmente no acuden y la normativa ha ido modificando la organización de la Comisión. Ley 2/1996 de 24 de junio en la



que se crea el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF), Decreto 88/1998 de 21 de mayo, por el que se aprueba el Estatuto de las Residencias de Atención a la Infancia y Adolescencia, Ley 18/1999 de 29 de abril, que regula los Consejos de Atención a la Infancia y a la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.

- Es difícil la coordinación cuando existen disciplinas diferentes y la normativa por la que nos regimos las instituciones son diferentes, por lo que a veces nos encontramos sin salida en algunos casos.

### ***Propuestas:***

- Se está trabajando en la constitución del Consejo Local del distrito, en función de lo especificado en la Ley 18/1999.
- Se aportan casos reales que surgen en las diferentes Comisiones y que no han llegado a resolverse por la idiosincrasia de la situación, con el fin de proponer alternativas desde las instituciones representadas.

La información que trasciende a los centros sanitarios se facilita a los trabajadores sociales del Área a través de las reuniones que mantiene este grupo profesional.

## **CONCLUSIONES DEL PROCESO DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA**

Valoración General:

- 1) El proceso en sí está siendo enriquecedor por su diversidad, creatividad, amplitud y variedad de participantes y su capacidad promotora de cambios.
- 2) La coordinación socio sanitaria es un instrumento necesario y eficaz para el desarrollo de la estrategia de promoción de salud y para la superación de la fragmentación de los saberes científicos y técnicos y de los sistemas de atención a los problemas de salud.
- 3) La responsabilidad de la coordinación se debe compartir entre el nivel político, el técnico y el social si bien a mayor poder y capacidad de tomar decisiones mayor compromi-

so y exigencia en el proceso. Desgraciadamente las tres instancias no han ido armónicas ni han tenido los mismos objetivos explícitos o implícitos.

- 4) Existe escaso desarrollo y formación en la metodología apropiada de coordinación que la facilite y optimice.
- 5) Ha supuesto un esfuerzo y dedicación importante de recursos, en especial de los humanos, de los niveles técnicos y sociales (profesionales de las Instituciones y líderes sociales de las organizaciones sociales). El nivel político ha ido más a remolque y ha mostrado más resistencias.
- 6) Las dificultades más significativas han sido las siguientes:

En el ámbito político:

- El escaso peso real de la estrategia de promoción de salud y de la coordinación en las políticas prioritarias de los gobernantes.
- El contexto cambiante en las líneas prioritarias y en las personas designadas.
- El protagonismo partidario.

En el ámbito institucional:

- Omnipotencia de las grandes instituciones.
- Protagonismo de una institución sobre otras.
- Desequilibrio en las distintas aportaciones instituciones.
- Gran número de recursos institucionales por coordinarse.
- Disparidad en cuanto a organización y funcionamiento de cada institución.
- La excesiva centralización y jerarquización de la estructura institucional.

En el ámbito técnico - profesional y social:

- Fragilidad cuando depende de la voluntad de las personas.

- Objetivos e intereses latentes contrapuestos.
- Escasas experiencias de coordinación.
- Formación y capacitación deficiente en dinámicas grupales y de coordinación.
- El cambio frecuente de personas con motivación y formación heterogénea.
- No disponer de encuadres de trabajo consensuados.
- Ante los saberes fragmentados lograr un lenguaje común.
- Poder explicitar y resolver los conflictos latentes.
- Compartimentación y desigualdad de los roles profesionales.
- La toma de decisiones por consenso.
- Escasa multidisciplinariedad de los equipos de trabajo.
- Responder más a las demandas individuales que a las necesidades sociales.
- Disparidad en la organización y funcionamiento de los movimientos sociales.
- La discontinuidad en la asistencia y en la tarea.

Madrid. JLRG Mayo 2000.

