Nº 4 - ENERO 2021

REVISTA DE TRABAJO SOCIAL DE SEVILLA

TRANSFORMACIÓN





aprender
desaprender
reaprender
renacer

www.trabajosocialsevilla.es



¡FÓRMATE EN MEDIACIÓN!

Máster La Mediación: ESTRATEGIAS Y METODOLOGÍAS DE PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

V Edición

Universidad Pablo de Olavide en colaboración con el Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla

UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE SEVILLA

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE SEVILLA

Modalidad: presencial / 60 créditos

Duración: Del 1 de diciembre de 2020 al 26 de mayo de 2021

Prácticas externas.
Habilitación para el Registro de Mediación Familiar de la Junta de Andalucía y para el Registro de Mediación del Ministerio de Justicia

Contacto:
Información académica: jlsarsan@upo.es - Información administrativa: formacionpermanente@upo.es
Puedes ver toda la información: https://www.upo.es/postgrado/Master-La-mediacion-estrategias-y-metodologias-de-prevencion-y-resolucion-de-conflictos?aa=tituloPropio&pc=datos-generales

Índice

Página 05 — **ARTÍCULO DIPUTADA DEL ÁREA DE COHESIÓN SOCIAL E IGUALDAD DE LA DIPUTACIÓN DE SEVILLA**
Dña. Rocío Sutil Domínguez

Página 07 — **CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL**
Eva María Rodríguez Salamanca

Página 11 — **JÓVENES CON ADICIONES COMPORTAMENTALES, EL EFECTO DEL CONFINAMIENTO**
Mª Dolores Sánchez Rodríguez

Página 13 — **ESTADO ACTUAL DE LAS PENSIONES EN ESPAÑA**
José Luis Sarasola Sánchez
Alicia Roiz Vázquez

Página 17 — **SITUACIÓN DE URGENCIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL AYUNTAMIENTO DE SEVILLA**
Rosario Nicasio Rodríguez
Rosa Silvario Pérez

Página 21 — **PLAN DE PENSIONES EXCLUSIVO DEL COTS DE SEVILLA**
Jaime Abad Castillo

Página 25 — **ANÁLISIS DEL CONCEPTO PERSONA MAYOR EN LA PRENSA SEVILLANA**
Alberto Sarasola Fernández
Carmen Cava Fernández
Lorena De Miguel Muñoz

Página 27 — **UNA PERPECTIVA DE UNA ESTUDIANTE DE TRABAJO SOCIAL**
Pilar Salvarierra Ortega

Página 29 — **LOS GRANDES OLVIDADOS**
Bilal Abdelkader Mohamed
Mª Isabel Martínez González
Paloma Salcedo Gómez
Enriqueta Carrillo Badillo
Encarna Trillo García
Revisora: Irene García López

Página 33 — **INTERVENCIÓN SOCIAL CON MENORES EN SITUACIÓN DE RIESGO**
Marina Navarro Reus

Página 37 — **LA ASOCIACIÓN DEL MES: ASENSE-A**
Entrevista a:
Victoria Vida Muriel

Edita: Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla
Av. San Francisco Javier, 24 - Plt. 1ª Mód. 5-11 Sevilla
Teléfono: 954 661 861
E-mail: sevilla.areatecnica@cgtrabajosocial.com
Dirección: José Luis Sarasola Sánchez-Serrano

Redacción: Fátima Cueto Bernal
Maquetación: Anarol, S.L.
ISSN: 2659-8558
ISSN electrónico: 2659-8825
Depósito legal: SE-1011-2019
Impreso en España
Imprime: Anarol, S.L.

El Colegio de Trabajo Social de Sevilla y la dirección de esta Revista no se hacen responsables de las opiniones expresadas en los artículos, siendo las personas responsables quiénes realicen los artículos y/o los firmen.

Reservado todos los derechos. Salvo excepción prevista por la ley, no se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informatico, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos conlleva sanciones legales y puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

Editorial

Aprender, desaprender, reaprender... y renacer con todo lo aprendido y vivido.

La utopía en Trabajo Social es aceptar, enseñarnos y convencernos que aprendiendo lo imposible... lo estamos haciendo posible.

Lo que sabemos que sirvió a nuestros abuelos/as....sabemos que sirvió poco a nuestros padres, y nos sirvió menos a nosotros... pero lo que sabemos, ¿le servirá a nuestros hijos? aprender, desaprender y reaprender va a ser una constante en nuestras vidas y en el Trabajo Social, esta pandemia, este confinamiento, estas restricciones nos están poniendo a prueba , nos están cambiando la forma y manera de ver todo y de sentar la base de nuestras prioridades.

Por ello la clave es aprender, desaprender, reaprender y renacer, veamos: las pensiones que creíamos que serían una realidad, será así o será el futuro la complementariedad de estas con los Planes de Pensiones. La desorganización y el desbarajuste en los Servicios Sociales Comunitarios, se cronificarán o se cambiará el modelo de atención a la ciudadanía. La forma de opositar será distinta, teniendo en cuenta habilidades, actitudes y aptitudes o seguirán siendo pruebas desmesuradamente memorísticas. El Salario Mínimo Vital, será un derecho para las personas y familias que más lo necesitan o será un brindis al sol de un Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030… tenemos tanto que reaprender.

Aprender, desaprender, reaprender y renacer desde y con el Trabajo Social, a ser innovadoras, resolutivas, asertivas, empáticas, extrovertidas, participantes, ilusionantes, cooperadoras, actuar con sinergia.

Lo bonito es saber nuestras limitaciones, y qué podemos aportar por lo que tenemos dentro de nosotros mismos y debemos tener la confianza de que podremos, tenemos que reaprender a vivir de verdad, con la máxima intensidad en cada momento, y valorando el día a día, las pequeñas cosas que tenemos a nuestro alrededor: un desayuno, o una leche manchada con quien queremos, una sonrisa espontanea que recibimos o damos, ese tiempo que sacamos para hacer deporte o jugar un partido de pádel, dormir en nuestra cama… aprender a hacer lo que debemos y queremos porque un día dejaremos de hacerlo.

Y en Trabajo Social: saber que se sabe lo que se sabe y también que sabes lo que no se sabes, representa el verdadero saber, Y no olvidéis Vivir el día a día, el aquí y el ahora…

La Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla



Dña. Rocío Sutil Domínguez

Diputada del Área de Cohesión Social e Igualdad de la Diputación de Sevilla

A través de la cohesión social se garantiza que los distintos territorios de la provincia mantengan unos niveles homogéneos de prestaciones sociales en condiciones de equilibrio interterritorial.

En esta área se prestará la asistencia técnica, económica y material que facilite la realización por los Ayuntamientos de las Políticas Sociales, de Igualdad de Género y Diversidad para los ciudadanos y ciudadanas de los municipios sevillanos, participando en el Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía y facilitando la realización por los ayuntamientos de las políticas en Servicios Sociales, entendidas como el conjunto de servicios, recursos y prestaciones públicas orientadas a garantizar el derecho de todas las personas a la protección social, en los términos recogidos en las leyes y que tienen como finalidad la prevención, atención y cobertura de las necesidades individuales y sociales básicas de las personas en su entorno, con el fin de mejorar su bienestar. Por lo tanto, los servicios y unidades que se adscriben, además de los Servicios Generales, son los Servicios Sociales Comunitarios, los Servicios Sociales Especializados y los Servicios de Igualdad y Diversidad.

Estos servicios, configurados como un elemento esencial del Estado de Bienestar, están dirigidos a alcanzar el pleno desarrollo de los derechos de las personas en la sociedad y a promocionar la cohesión social y la solidaridad.

Entre otras funciones destacamos:

1. Garantizar el acceso a los **Recursos Sociales** en los municipios sevillanos, prestando asistencia técnica, económica y material.
2. Desarrollar programas de **Integración Social**.
3. Realizar acciones que garanticen la **Convivencia Familiar Normalizada**.
4. Cooperar con los municipios y la Junta de Andalucía en la **Autonomía Personal y desarrollo de la Ley de Dependencia**.
5. Cubrir las necesidades para asegurar la **Protección e Integridad Personal**, atendiendo a las situaciones de urgencia y emergencia social.



6. Promover en los municipios acciones de **Participación** en la vida comunitaria.
7. Adaptar los Servicios Sociales Especializados a las necesidades actuales de la Sociedad.
8. Apoyar a los municipios en la realización de acciones en materia de **Igualdad de Género**.
9. Apoyar a los municipios en la realización de acciones en materia de **Diversidad y colectivos LGTBI**.
10. Desarrollar el Programa de **Mediación Comunitaria y Convivencia** como una forma de resolución de los conflictos que se generan en los municipios.

Queremos pensar, y con ese ánimo trabajamos y venimos trabajando, que la palabra que mejor define nuestras actuaciones y labor es compromiso.

Compromiso con los pueblos sevillanos, con sus ayuntamientos y con sus vecinos y vecinas.

La Diputación de Sevilla viene demostrando una dedicación y consideración importantes con el bienestar de la provincia; especialmente con los municipios más pequeños y con aquellos otros que se ubican en la zona más rural de nuestra provincia.

Siempre vamos a defender desde la institución provincial la necesidad de hacer los esfuerzos precisos para ofrecer a los sevillanos y sevillanas, vivan donde vivan, todos los medios a nuestro alcance para un desarrollo vital, social y económico en igualdad.

En marzo la pandemia nos sorprendió y vino para quedarse mucho tiempo. Irrumpió con fuerza, alterando nuestras vidas en todos sus aspectos. A nadie escapa que las administraciones nos hemos visto obligadas también a modificar nuestra "hoja de ruta".

La Diputación de Sevilla entendió desde el minuto uno que se hacían imprescindibles una reacción rápida, diligencia y acopio de recursos para ponerlos a disposición de los ayuntamientos.

En estas circunstancias y en relación con el COVID-19, la Diputación de Sevilla ha venido actuando durante estos meses en aquellos grupos humanos y centros más vulnerables. En este sentido, nuestro presidente, Fernando Rodríguez Villalobos, nos recuerda a todo su equipo la necesidad de reforzar la aplicación de los protocolos de actuación para la prevención de brotes o contagios por el virus, con especial incidencia en los centros asistenciales.

La protección máxima de las personas y colectivos más vulnerables en esta difícil situación sanitaria ha sido y es nuestra mayor y principal prioridad. La coordinación y colaboración entre áreas han sido elementos claves. Es fundamental la formación y aplicación transversal en todas nuestras políticas provinciales.

Quiero expresar mi reconocimiento y gratitud a los y las profesionales de los servicios sociales de los ayuntamientos sevillanos que se han revelado como absolutamente indispensables y esenciales. No sin dejar atrás la labor encomiable y de asistencia que se ha desarrollado desde el área de Igualdad y Cohesión Social de la Diputación de Sevilla.

Cartera de servicios de la Unidad de Trabajo Social para la atención de personas adultas, en el Hospital Universitario Virgen Macarena



Eva María Rodríguez Salamanca

Colegiada nº 31-2019-311
Trabajadora Social desde 1995 (Premio Universitario al mejor expediente académico).
Experta en Intervención Psicosocial, Master en Terapia Familiar y Sistemas, y Experta en Mediación Social.

La Unidad de Trabajo Social que atiende a la población adulta en el Hospital V. Macarena ha actualizado su cartera de servicios y se encuentra en proceso de revisión de los protocolos propios.

Dicha unidad cuenta con 9 trabajadoras sociales que atienden alrededor de 700 camas (distribuidas en el Hospital Virgen Macarena y el Hospital de San Lázaro).

Esta Cartera de Servicios ha sido presentada a la Dirección Gerencia del Hospital, a la Dirección y subdirección de Enfermería y al Servicio de Medicina Interna (en sesión clínica a la que asisten los facultativos de esta especialidad). También se ha elaborado un documento que resume la parte esencial y que está expuesto en los controles de enfermería de cada ala hospitalaria (se incluye como anexo).

Para la revisión de la Cartera de Servicios he contado con el apoyo y colaboración de mis compañeras M.ª Jesús Iglesias y Concepción Mora Conde, Trabajadoras Sociales con extensas trayectorias en Salud.

El eje de la atención de la Unidad de Trabajo Social es la persona hospitalizada y su familia, de manera que la intervención se centra en la persona y su entorno inmediato.

El Trabajo Social en Salud se define como la "actividad profesional que tiene por objeto el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento, como si se derivan de aquellas, así como la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad"[1]

El **concepto de salud** del Sistema de Salud Público de Andalucía plantea que la intervención en las dificultades de salud no se circunscriba al aspecto físico e individual, sino que tenga en cuenta los factores socioculturales y ambientales que condicionan estilos de vida y circunstancias nocivas para el desarrollo saludable. La aportación del Trabajo Social en los servicios de atención a la salud es esencial para añadir una visión global e integral de la persona y de su red social.

El **acceso de la población** a la Unidad de Trabajo Social se realiza:

- A demanda, por propia iniciativa del/la paciente y/o familiares.
- Derivado por el personal sanitario, a través de la hoja de interconsulta.
- De manera proactiva.

En estos dos últimos casos, los **criterios de derivación** / atención tendrán en cuenta los factores de riesgo social que determinan la prioridad en la atención de los mismos:

- Persona mayor de 80 años.
- Persona de más de 70 años que:
  - Vive sola, o con cónyuge de edad similar.
  - Padece enfermedad crónica.
  - Con alta hospitalaria reciente (reingreso en los últimos 6 meses).



  - Con deterioro cognitivo o alteración mental.
  - Sin familia ni persona cuidadora de referencia.
- Persona que ha sufrido accidente vascular cerebral.
- Persona con enfermedad terminal.
- Persona con pérdida completa de autonomía.
- Persona con adicciones.
- Persona con sospecha de malos tratos o carencia de cuidados (falta de higiene, desnutrición, deshidratación, marcas de golpes, etc.)
- Persona que reingresa frecuentemente.
- Persona que ha sido atendida anteriormente por la Unidad de Trabajo Social.

Las **funciones** de la Unidad de Trabajo Social son:

- Valoración y diagnóstico de la situación social con la finalidad de aportar al equipo sanitario la información sobre los aspectos sociofamiliares que puedan incidir en el proceso de salud, y elaborar el Plan individualizado de intervención.
- Facilitar el apoyo a familiares sobre la nueva situación de los/las pacientes así como asesoramiento y trámites de los recursos y ayudas que garanticen la atención una vez abandone el hospital, orientando sobre aquellos aspectos que son necesarios modificar para evitar la sobrecarga familiar, entre estos, los más habituales son:
  - Información / orientación sobre procedimientos de incapacidad judicial.
  - Ley de Dependencia.
  - Discapacidad.
  - Incapacidad laboral.
  - Prestaciones económicas contributivas y no contributivas.
  - Centros residenciales y unidades de estancias diurnas.
  - Asociaciones de personas afectadas por enfermedad y familiares.
  - Recursos específicos de atención a la mujer, inmigrantes, personas mayores y personas con discapacidad.
  - Violencia de Género.
  - Enterramiento solidario.
  - Mediación intercultural
  - Centros para personas en situación de exclusión social.
- Coordinación con centros de atención primaria de salud, servicios sociales comunitarios y especializados, centros penitenciarios, juzgados, consulados y embajadas, entidades de iniciativa social y otras instituciones públicas y privadas.
- Elaboración de informes sociales.

Los **objetivos de la intervención** de Trabajo Social son:

- Elaborar el diagnóstico social, a través del análisis de los aspectos sociales, económicos, familiares y culturales, que inciden en el proceso de enfermedad y en sus consecuencias sociales, para aportarlo al resto del equipo de salud.
- Asesorar y fomentar en los/las pacientes y sus familiares, sobre las dificultades que derivan del proceso de enfermedad, para que sean agentes de prevención, recuperación y mejora de su propia salud.

Estos objetivos están integrados en los objetivos generales de la institución sanitaria, de manera que se enfocan en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

La Unidad de Trabajo Social atiende al/la paciente y su familia de manera directa, como se ha desarrollado anteriormente, y también en base a unos **protocolos de intervención** diseñados y que están en proceso de revisión actualmente.

1. Protocolo de atención al alta hospitalaria:

Es un proceso interdisciplinar en el que se interviene junto con el/la paciente y su familia, para planificar las necesidades después de la hospitalización. Con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial, se desarrolla un plan que mantenga la mejoría adquirida durante el período de hospitalización.

2. Protocolo de **apoyo a cuidadores y cuidadoras**. Entre cuyas medidas se encuentra la dieta para la persona acompañante.

3. Protocolo de **coordinación con Atención Primaria**.

En aras de garantizar la continuidad asistencial, se establece una coordinación sobre el caso para complementar la información que resulte necesaria para elaborar el plan individualizado de intervención durante el ingreso hospitalario. Y una vez la persona reciba el alta, comunicar el retorno al domicilio habitual donde continúa el seguimiento del caso y las intervenciones sociales necesarias.

4. Protocolo de **coordinación con Servicios Sociales**.

Elaborado desde los servicios de salud de la ciudad de Sevilla (Distrito Sanitario de Atención Primaria y Unidades de Trabajo Social de los hospitales Virgen del Rocío y Virgen Macarena) en coordinación con los servicios sociales comunitarios municipales.

Desde una concepción integral de la salud, es evidente la necesidad de conjugar las intervenciones específicamente sanitarias con las sociales.

5. Protocolos de Atención en situaciones de **malos tratos**

La Unidad de Trabajo Social garantiza la valoración social de la mujer víctima de violencia de género. El diagnóstico social y el plan de actuación se incluirán en la historia de salud y la intervención dependerá del nivel de riesgo valorado (leve, moderado o grave), con la posterior derivación a su equipo de atención primaria para la continuidad asistencial. Toda la intervención contará con el apoyo emocional pertinente, activando en caso necesario los servicios de protección.

Teniendo en cuenta la legislación vigente, ante la detección o sospecha de malos tratos o desasistencia a **personas mayores**, atendidas en los servicios de urgencia o de hospitalización, se activarán los mecanismos oportunos que garanticen la integridad de la persona, tanto dentro de la institución sanitaria como en el regreso a su medio habitual.

Todos los casos detectados serán atendidos y derivados a su equipo de atención primaria para garantizar la continuidad asistencial y el seguimiento.



ESQUEMA QUE RESUME LA INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO:

COORDINACIÓN

- DEMANDA DE VALORACIÓN / INTERVENCIÓN DE LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIA
- ENTREVISTA DE VALORACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIAR
- RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN NECESARIA
- ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE INTERVENCIÓN
- APORTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL AL EQUIPO SANITARIO
- INTERVENCIONES QUE DESARROLLAN EL PLAN
- SEGUIMIENTO SOCIAL
- ALTA SOCIAL

Anexo: Documento para la difusión de la Cartera de Servicios, publicado en el control de enfermería de cada ala hospitalaria.

UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL DE ATENCIÓN A PERSONAS ADULTAS EN EL HOSPITAL VIRGEN MACARENA.

El Trabajo Social en Salud es la actividad profesional que tiene por objeto el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento, como si se derivan de aquellas, así como la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad.

El acceso de la población a la Unidad de Trabajo Social se realiza:

- De manera proactiva.
- A demanda, por propia iniciativa del/la paciente y/o familiares
- Derivado por el personal sanitario, con los siguientes criterios de derivación (factores de riesgo social que determinan la prioridad en la atención de los mismos):
  - Persona con sospecha de malos tratos o carencia de cuidados (falta de higiene, desnutrición, deshidratación, marcas de golpes, etc.)
  - Persona que reingresa frecuentemente.
  - Persona con situación económica precaria.
  - Persona que carece de red social de apoyo (sin acompañantes y/o familia de referencia).
  - Persona que ha sido atendida anteriormente por la Unidad de Trabajo Social.
  - Persona que ha sufrido accidente vascular cerebral.
  - Persona con enfermedad terminal.
  - Persona con pérdida completa de autonomía.
  - Persona con adicciones.
  - Persona mayor de 80 años.
  - Persona de más de 70 años que:
  - Vive sola, o con cónyuge de edad y situación similar.
  - Padece enfermedad crónica.
  - Con alta hospitalaria reciente (reingreso en los últimos 6 meses).
  - Con deterioro cognitivo o alteración mental.

En todos los casos, la derivación se realizará a través de Hoja de Interconsulta dirigida a la Unidad de Trabajo Social hospitalario, ubicada en la planta baja. Teléfonos: 308008 – 309026

La Trabajadora Social de referencia del ala hospitalaria es **EVA RODRÍGUEZ** (756901)



1 Ituarte Tellaeche, A. El papel del trabajador social en el campo sanitario. Trabajo Social y Salud 1995. V.20

Jóvenes con adicciones comportamentales, el efecto del confinamiento



Mª Dolores Sánchez Rodríguez
Colegiada nº 31 – 2019 - 883
Trabajadora Social especialista en Aspectos jurídicos de la discapacidad y la dependencia, en Violencia de género y Dinamizadora sociolaboral de personas exdrogodependientes

La adicción comportamental, ***llamada también adicción sin droga*** (Alfredo, H. Cía. (2013): *Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes*. Revista Neuropsiquiatría; https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036946004.pdf1957), es una adición en la que se da pérdida de control de una conducta y que tiene como característica: la dependencia, la tolerancia de la conducta, el síndrome de abstinencia, y la interferencia y alteración grave en la vida cotidiana de la persona. **El juego patológico (online y presencial), la adicción a las compras, al sexo, a la comida, al trabajo o incluso al móvil son adicciones comportamentales** que dificultan normal el desarrollo y el estilo de vida de una persona. Incluidos, **los videojuegos y a las redes sociales** (Facebook, Instagram, entre otros), a pesar que actualmente, no se encuentre recogido como patología dentro del DSM-V, sino dentro de su sección III: "Trastorno de juego por internet". Esta última se ha disparado en la última década y, significativamente en jóvenes, en los últimos 6 meses, debido al confinamiento por la pandemia.

La adolescencia es una etapa evolutiva que se caracteriza por la autodefinición, autoconcepto, búsqueda de "estilo propio" de formar de ser, valoración constante de la autoestima, quién soy, que es lo que interesa, como me perciben los otros, …; y a nivel emocional: aprender a aceptar la frustración, tristeza, estrés, ansiedad…, esta vorágine de autoconstrucción y aprendizaje aumenta la predisposición de la vulnerabilidad, y con ello el poder desarrollar una adicción (MUUSS, R.E. (1986): *Teorías de la adolescencia*. Paitos Editores. México.). Vivimos en una sociedad cambiante, dinámica e hiperconectada donde internet se ha convertido en parte esencial de nuestro día a día a través de diferentes dispositivos Tablet, móvil, TV, PC, y el confinamiento ha aumentado el índice de su uso y ascenso del factor de riesgo para la población especialmente vulnerable como son los menores y adolescentes. La investigación realizada por la Universidad de Valencia y FEPAD (Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia) en el 2012, entre 2300 estudiantes de distintos centros educativos entre 12 y 18 años, destaca que el 95.2% de los adolescentes poseían móviles, y el 88% han sido regalados por sus propios progenitores, con uso ilimitado del mismo, sin reglas, normas o restricciones ni supervisión por parte de los progenitores los que les lleva a tener encendido y pendiente del móvil todo el día. La conducta de alerta continua a la espera de mensajes y llamadas es el factor más relevante de la adicción al móvil, esto en psicología



se denomina "programa de reforzamiento de intervalo variable" (Ferster y Skinner,1957); la comunicación puede darse en cualquier momento el adolescente debe de estar disponible constantemente para responder y recibir el mensaje o llamada, ese estado de alerta o vigilia, favorece la dependencia y abuso del móvil.

Los profesores de la Universidad Miguel Hernández, Dª Elche Mireia Orgilés y D. José Pedro Espada han coordinado el primer estudio en España con niños durante la cuarentena, con el objetivo de conocer cómo afecta esta situación entre los niños y adolescentes. Esta investigación, en la que han participado 1.143 padres de niños españoles e italianos de 3 a 18 años, concluye que el 89% de los niños presentan alteraciones en el comportamiento. La experta en psicología de conductas adictivas en adolescentes del Servicio de psiquiatría y psicología infantojuvenil del Hospital Clínic, la Dra. Dña. Rosa Díaz, declaró que "el uso en exceso de los dispositivos durante el confinamiento puede generar complicaciones especialmente entre aquellos jóvenes que ya empezaban a mostrar problemas antes y que estaban rallando los límites de los criterios para la adición, chicos con algún otro trastorno psiquiátrico previo o con alguna comorbilidad, como dificultades para relacionarse o frustración, y aquellos cuyos padres ya habían perdido el control y autoridad sobre ellos respecto a lo que al uso de estas pantallas se refiere". Lara, A. (2020, 27 junio). *El confinamiento dispara la adicción de los jóvenes a las pantallas*. La Razón. https://www.larazon.es/cataluna/20200627/lzkavdmizzhrzoa72t 25wcbstm.html.

El uso inapropiado, incontrolado e intensivo de estas tecnologías influye negativamente en la salud mental de los jóvenes, provocando dificultades y desaparición de habilidades sociales para la comunicación y saber establecer relación con los demás, así como, problemas de atención y memoria.

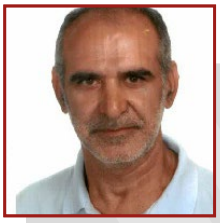
La clave para la prevención y rehabilitación es: *la familia*, *agente* imprescindible a involucrar activamente para la prevención y rehabilitación del adolescente adicto. La prevención de adicciones son un conjunto de acciones y comportamientos que evitan que se lleguen a tener problemas de adicción. Esto tiene que ver con: establecer relaciones afectivas, de seguridad y confianza paterno filial; el refuerzo de la autoestima; establecer y hacer cumplir de manera proporcional las normas, reglas y límites establecidos por los progenitores; dar y compartir responsabilidades; rechazar conductas de riesgo; favorecer la autonomía y la toma de decisión; ofrecer alternativas de ocio saludables.

Cuando la adicción ya es una realidad, **la rehabilitación requiere de una intervención** de evaluación diagnostica multidisciplinaria y la elaboración de un programa de atención individualizada, al igual que en las adicciones con sustancias, con la ventaja que la motivación para el tratamiento, aunque se manifieste escasa y con altibajos, suele ser algo mayor en este tipo de adicciones si lo comparamos con las adicciones con sustancias.



El/La Trabajador/a Social, al igual que el resto de los profesionales que forman parte del equipo interdisciplinar, **interviene en el proceso de atención integral, elaborando el programa de atención individualizada** de cada paciente; estableciendo junto a este de forma consensuada los objetivos a perseguir en las diferentes áreas: salud (autocuidado, consumo, psicopatología), social/relacional, familiar, formativo-laboral y de ocio, a través de intervenciones individuales y grupales. Juega una laboral muy importante, **es el profesional de referencia**, con el que mantiene la primera entrevista tanto el paciente y la familia, a través del protocolo establecido de acogimiento y adaptación al programa, así como durante el proceso de rehabilitación proporcionando las herramientas de habilidades sociales y de autocontrol, entre otras, ya que en estos casos **el objetivo no es que los menores dejen el consumo o uso de las tecnologías**, ya que es imposible puesto que estado rodeados de pantallas, son necesarias y estamos obligados al uso diario, **sino que aprendan a hacer un buen uso, responsable y saludable, y adquieran la habilidad del autocontrol sobre las mismas**.

Estado actual de las pensiones en España



José Luis Sarasola Sánchez-Serrano
Colegiada nº 31-2019-69
Presidente del COTS-Sevilla.
Profesor Titular de la Universidad Pablo de Olavide en el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales



Alicia Roiz Vázquez
Estudiante UPO colaboradora del Dpto. de Trabajo Social y Servicios Sociales

En este trabajo haremos un breve repaso de las últimas modificaciones sobre el sistema de pensiones en los últimos meses.

Si bien es cierto que en estos últimos años nuestro país ha pasado por una serie de cambios a nivel político y por ende social, el sistema de pensiones no se queda atrás.

Para empezar a hablar sobre las pensiones es necesario saber qué es y cómo funciona.

Pues, en primer lugar, las pensiones vienen regidas en España por el sistema de la Seguridad Social y que viene recogida en la Constitución Española de 1978.

"Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres". (Artículo 41 de la Constitución Española).

"Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio". (Artículo 50 de la Constitución Española).

En España, las pensiones se engloban en dos bloques más genéricos en función de la aportación de una persona mediante la cotización.

De un lado tenemos las pensiones no contributivas, definidas por la Seguridad Social como *"prestaciones económicas que se reconocen a aquellos ciudadanos que, encontrándose en situación de necesidad protegible, carezcan de recursos suficientes para su subsistencia en los términos legalmente establecidos, aun cuando no hayan cotizado nunca o el tiempo suficiente para alcanzar las prestaciones del nivel contributivo"*.

Estas son:

- Pensiones por invalidez
- Pensiones por jubilación.

Son gestionadas por los órganos competentes de cada Comunidad Autónoma y las Direcciones provinciales del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en las Ciudades Autónomas.

Por otro lado, están las pensiones contributivas que la Seguridad Social están definidas como *"prestaciones económicas y de duración indefinida, aunque no siempre, cuya concesión está generalmente supeditada a una previa relación jurídica con la Seguridad Social (acreditar un período mínimo de cotización en determinados casos), siempre que se cumplan los demás requisitos exigidos".* Su cantidad viene determinada por las aportaciones que un/a trabajador/a o empresa, al sistema de pensiones mediante los impuestos durante la cotización.

Dentro de este bloque, pensiones contributivas, se divide a la vez en dos bloques según el origen de la prestación y quién lo gestiona.

En primer lugar, tenemos las pensiones dentro de la acción protectora del Régimen General y de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social, con las salvedades que, en cada caso y para cada modalidad, se indican en el respectivo régimen especial.

Estas serían:

- Jubilación: jubilación ordinaria, jubilación anticipada por tener la condición de mutualista, jubilación anticipada sin tener la condición de mutualista, jubilación anticipada derivada del cese no voluntario en el trabajo, jubilación anticipada por voluntad del trabajador, jubilación anticipada por reducción de la edad mínima debido a la realización de actividades penosas, tóxicas e insalubres, jubilación anticipada de trabajadores con discapacidad, jubilación parcial, jubilación flexible y jubilación especial a los 64 años.
- Incapacidad permanente: total, absoluta y gran invalidez.
- Por fallecimiento: viudedad, orfandad y en favor de familiares.

En segundo lugar, tenemos las pensiones dentro de la acción protectora del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI).

Estas serían:

- Vejez.
- Invalidez.
- Viudedad.

Todo esto y lo relacionado con el sistema público de pensiones está regido en el Pacto de Toledo que se crea en 1995, compuesto por todos los partidos políticos para llegar a consensos sobre todo lo que rodea a las pensiones.



Habiendo hecho un breve resumen sobre las pensiones y cómo funcionan las mismas, cabe destacar los siguientes aspectos.

- La distribución poblacional afecta al sistema de pensiones. Esto es así porque se establece que por cada X personas cotizando, hay 1 persona cobrando la jubilación, derivado de los impuestos que pagan X personas al cotizar.
  - Es decir, que si en una época se da el fenómeno conocido como el baby boom (aumento significativo de la natalidad en un periodo determinado) y por ende en años posteriores haya un descenso de la natalidad, los nacidos durante el baby boom tendrán unas pensiones más bajas pues hay menos personas cotizando, porque en años posteriores nacieron menos personas.
- La esperanza de vida. Afecta de modo en que si cada vez vivimos más, más personas se juntarán en la edad de jubilación y por ende hay que cubrir a más personas con el sistema de pensiones.



- El porcentaje de impuesto que se pague en el país que se derivan al sistema de pensiones. Obviamente, cuánto más impuestos más fondo para la redistribución del dinero mediante las prestaciones. Pero aquí hay que tener en cuenta los dos puntos anteriores.
- Tasa de desempleo. Pues si hay menos personas cotizando, habrá menos dinero recaudado para redistribuir en materia de pensiones.

El estado de las pensiones para el año 2019 fue el siguiente (a fecha de 31 de diciembre de 2019).

Cuadro I. Paga media anual (2019) por tipo de pensión según el sexo.

Sexo/ Tipo de Pensión	Por incapacidad permanente	Por orfandad	Por viudedad	Por jubilación	A favor de familiares
Hombre	1.032,54	406,53	509,40	1.319,51	549,64
Mujer	883,76	405,30	733,16	867,82	593,86
Ambos sexos	978,20	405,95	715,44	1.144.61	579,92

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social y de eSTADISS (estadísticas de la Seguridad Social). Unidad: euros.

Además, esta es la estimación de edad de jubilación para jubilarse con el máximo porcentaje de la paga por jubilación según los años cotizados que recoge la Seguridad Social.

Cuadro II. Porcentaje de cotización según años cotizados, pensión por jubilación.

PERIODO DE APLICACIÓN	PRIMEROS 15 AÑOS		AÑOS ADICIONALES				TOTAL	
	Años	%	MESES ADICIONALES	COEFICIENTE	%	AÑOS	AÑOS	%
2013 a 2019	15	50	1 al 163 83 restantes	0,21 0,19	34,23 15,77			
	15	50	**Total 246 meses**		**50,00**	**20,5**	**35,5**	**100**
2020 a 2022	15	50	1 al 106 146 restantes	0,21 0,19	22,26 27,74			
	15	50	**Total 252 meses**		**50,00**	**21**	**36**	**100**
2023 a 2026	15	50	1 al 49 209 restantes	0,21 0,19	10,29 39,71			
	15	50	**Total 258 meses**		**50,00**	**21,5**	**36,5**	**100**
A partir de 2027	15	50	1 al 248 16 restantes	0,21 0,18	47,112 2,88			
	15	50	**Total 264 meses**		**50,00**	**22**	**37**	**100**

Fuente: Seguridad Social.

A grosso modo lo que podemos observar en el anterior cuadro es que conforme avanzamos en el tiempo, mayor tiempo vamos a necesitar tener cotizados para poder cobrar el 100% de la pensión por jubilación.

En estos últimos meses nos hemos encontrado con los siguientes acontecimientos y titulares que hemos querido destacar:

- *"El Banco de España certifica que, en términos de rentabilidad, el incentivo de retirarse más tarde es <<muy limitado>>".* [1]
- *"El Banco de España calcula que los perceptores obtienen una rentabilidad media anual de 3,5%, a partir de un estudio que toma en cuenta cotizaciones, evolución del PIB e IPC, así como también reciben un 74% más de lo que aportan".* [2]
- Según un estudio sobre pensiones del Instituto BBVA de Pensiones, más de la mitad de los andaluces temen por el pago de sus pensiones. [3]
- La Consejera de Igualdad de la Junta de Andalucía cree conveniente que en el Pacto de Toledo tuviera un Fondo de Garantía que tenga en cuenta no sólo a los dependientes actuales, sino también a posibles futuros dependientes, para dar estabilidad al sistema. [4]
- *"El 40% de las jubilaciones son anticipadas, otro 30% son antes de los 66 años y 10 meses".* [5]
- *"PSOE y PP acuerdan mantener el 60 años la jubilación de los funcionarios".* [6]
- *"Moncloa pospone la despenalización de jubilaciones con 40 años cotizados y la Seguridad Social estudiará facilitar el acceso para quienes causen un retiro forzado del trabajo".* [7]
- *"El Gobierno ha presupuestado para el próximo año un 3,2% más que en 2020, lo que llevará a elevar a 163.297 millones el desembolso relacionado con las prestaciones que otorga la Seguridad Social española y su gestión".* [8]
- *"El Pacto de Toledo cierra el acuerdo para la reforma del sistema de pensiones".* [9]
- *"Escrivá: "El presupuesto de 2021 nos permitirá dar certidumbre a los pensionistas, desplegar por completo el Ingreso Mínimo Vital y reforzar la autonomía del sistema de acogida".* [10]

Para concluir, creemos necesario destacar la importancia de dar estabilidad y certidumbre al sistema de pensiones así como a los/as pensionistas de nuestro país. En un país con Estado de Bienestar como es España, no podemos prescindir de esta prestación económica que asegura cierto bienestar a un gran porcentaje de la población y por ende un cierto bienestar.

Pero si dentro de un tiempo sigue creciendo el déficit en el sistema, creemos necesaria una reforma en cuanto a los impuestos de los/as pensionistas ya que al reducir su importe a percibir por la pensión tendrá una menor solvencia económica para hacer frente a su vida diaria que también tiene otros impuestos como el I.V.A. de cada producto que consumen.

Bibliografía:

- Seguridad Social. Definiciones de pensiones contributivas y pensiones no contributivas. Recuperado de: http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Pensionistas/Pensiones/33467.
- Seguridad Social. Cuadro porcentaje de la paga por jubilación según los años cotizados. Recuperado de: http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/10963/28393/28396/28475 .
- ESTADISS. Estadísticas de la Seguridad Social. Estadística de pensiones. Altas y bajas de pensiones. Pensión media por tipo de pensión. Recuperado de: https://w6.seg-social.es/ProsaInternetAnonimo/OnlineAccess;jsessionid=0000sJNrJcka7u5m-MxM6Pf-awD-:18jahgojj?ARQ.SPM.TICKET=6b54548b358d4defa343c136467e9a53&SPM.CONTEXT=internet&ARQ.SPM.TMS_NAVEGACION=1605780174352 .

NOTAS:

1 (El Mundo. 12/08/2020. Pg. 23).

2 (Diario de Sevilla. 12/08/2020. Pg 38).

3 (Diario de Cádiz. 25/08/2020. Pg. 6).

4 (ABC de Sevilla. 08/09/2020. Pg. 32).

5 (ABC. 04/10/2020. Pg. 6).

6 (El economista. 02/10/2020. Pg 22.)

7 (El economista. 21/10/2020. Pg 23).

8 (El economista. 29/10/2020. Pg. 42).

9 (El confidencial. 23/10/2020. Recuperado de: https://www.elconfidencial.com/economia/2020-10-23/pacto-de-toledo-cierra-acuerdo-recomendaciones-reforma-pensiones_2803452/).

10 (La Moncloa. 30/20/2020. Recuperado de: https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/inclusion/paginas/2020/301020-escriva-pge21.aspx).

Situación de Urgencia de los Servicios Sociales en el Ayuntamiento de Sevilla

Rosario Nicasio Rodríguez
Colegiada nº 31 – 2019 – 388
Trabajadora Social COIS especializada en el sector de personas sin Hogar

Rosa Silverio Pérez
Trabajadora Social de los Servicios Sociales Comunitarios de la Zona Sur

Me presento, mi nombre es Rosario Nicasio Rodríguez, número de colegiada 31-2019-388, soy trabajadora social del Ayuntamiento de Sevilla, especializada en el colectivo de Personas Sin Hogar.

Durante once años he tenido la suerte de estar en primera línea de batalla, trabajando con el perfil más vulnerable de todos, el colectivo de personas sin hogar de nuestra ciudad desde el COIS (Centro de Orientación e Intervención Social)

En la última década hemos sido testigo de las consecuencias de la crisis económica provocada por la burbuja inmobiliaria. Los servicios sociales se vieron desbordados por dos motivos:

Por un lado el aumento de familias y personas en situación de necesidad ante la falta de ingresos.

Por otro lado vivimos el desmantelamiento de los servicios sociales que, no solo se vieron privados de ese refuerzo tan necesario, sino que a ello se sumó la tasa de reposición cero, por lo que poco a poco nuestros servicios fueron mermando, mientras la demanda iba en aumento.

En estos últimos años hemos visto que, pese a la recuperación económica, no se han ampliado las plantillas, mientras que por el contrario programas como la Dependencia y la Renta Mínima, continúan con contratos precarios y en situación de inestabilidad total, lo que dificulta la ardua tarea de poder llevar a buen término este proceso, con la consiguiente disminución en la calidad del servicio que se presta.

Los profesionales de los servicios sociales del Ayuntamiento de Sevilla se unen para reivindicar la imposibilidad de realizar "trabajo social", impotentes observamos que nos hemos convertido en meros administradores de prestaciones económicas y en muchos casos la intervención con las familias se reduce al trámite de ayudas y prestaciones complementarias, sin poder llevar a cabo una intervención real e integral con la familia, que es la esencia de nuestra profesión.

En cuanto a los servicios sociales especializados, como es el COIS, se ha visto aumentando en cuanto a recursos para gestionar, dotándose de nuevos centros más específicos para la población que atiende, mientras que el personal para gestionarlo es el mismo, con la sobrecarga que ello conlleva.

Y llegamos a 2020, con toda esta frágil infraestructura, con compañeros que continúan con contratos precarios, sin saber si más allá del 31 de diciembre podrán seguir trabajando... y llega otra crisis, esta vez sanitaria.

Si ya era difícil poder llevar a cabo nuestra labor…, si ya nos costaba realizar la planificación, intervención, tratamiento, seguimiento y evaluación de la atención que nos marca la Ley 9/2016 de Servicios Sociales Andaluza... este nuevo revés no ha hecho más que poner en evidencia la fragilidad de los servicios sociales en el Ayuntamiento de Sevilla.

De la noche a la mañana nos hemos visto sobrepasados por las circunstancias, triplicando la demanda diaria, sin los medios ni recursos necesarios para poder hacer frente a la intensa demanda.

Crecen las ayudas, aprueban el Ingreso Mínimo Vital, las tarjetas monederos, se amplía la Renta Mínima de Inserción y las situaciones de emergencias sociales, ayudas al alquiler de vivienda, gestión de alternativas habitacionales frente a desahucios, cortes de suministros básicos de la vivienda, peticiones de informes institucionales, atención a menores, mayores, dependencia... pero este aumento de demandas no va, ni muchísimo menos, acompañado de un aumento en la plantilla para poder dar una respuesta eficaz que esté a la altura de las circunstancias...

Y en medio de todo este caos se habilita un sistema de atención inicial a los usuarios, externo a los Servicios Sociales, para recepcionar la demanda ciudadana de estos servicios y trasladarla posteriormente a los profesionales que son quienes atienden realmente esta demanda. Actualmente este sistema mantiene en cada uno de los diferentes centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Sevilla entre 400 y 1300 llamadas a la espera de ser atendidas por los equipos de profesionales. Esto demuestra el efecto cuello de botella que genera porque la escasez de profesionales en esta Área es histórica y lejos de darle una solución sólo se parchea continuando con la inestabilidad de la plantilla.

El próximo mes de diciembre el Ayuntamiento de Sevilla va a perder a las/os profesionales del Programa de Dependencia y del mal llamado Programa de Refuerzo, debido a esta línea de inestabilidad en la contratación que mantiene, con continuas interrupciones. Tampoco cuenta actualmente con las/os profesionales del programa de Renta Mínima, por lo que el panorama para el mes de enero es alarmante por la disminución, una vez más, de los/as ya escasos/as profesionales. En Bermejales, por ejemplo, se quedarían 4 trabajadores sociales para atender a la población de Bellavista y Bermejales (82.562 habitantes). En Nervión con 4 trabajadoras sociales para una población de 60.000 habitantes aproximadamente)…

La calidad en la atención a la ciudadanía se ha devaluado por completo, carece de garantías y de seguridad, dada la sensibilidad de las situaciones sociales que exponen en sus llamadas a la línea de atención, por la necesidad de ser escuchados. Expresan su malestar por tener que volver a compartir su situación socioeconómica y familiar a la persona profesional de los servicios sociales cuando ya se lo han referido a la empresa que les atiende en un primer momento, y que actualmente es 010 Línea Sevilla. Se encuentran confusos/as respecto a quién tiene que hacer la valoración de su situación y quién le presta la atención. Y se sienten vulnerables en el tratamiento de su vida personal y de su intimidad.

La ciudadanía espera mucho tiempo para ser atendida por los/as profesionales de los servicios sociales debido al efecto embudo. Se le crea expectativas falsas en cuanto a la aplicación de los recursos sociales "disponibles" ya que éstos son escasos, sin tener en cuenta además que la valoración y aplicación de los mismos debe formar parte de un proceso de intervención social y de un acompañamiento, que debido al incremento de la demanda es imposible de sobrellevar por la falta de personal suficiente.

El resultado es una población mal atendida, que sufre el maltrato de la cadena eterna de atención y una sobre exposición para las personas profesionales de los servicios sociales que pagan dicho maltrato institucional con agresiones verbales y amenazas. A ello se une el volumen de trabajo que se les exige a las personas profesionales, que han triplicado su nivel de atención con la consiguiente disminución de la calidad y la sobrecarga que está repercutiendo en su estado de salud.

Este sistema de atención inicial entendemos que supone una usurpación de las funciones de las personas profesionales de los servicios sociales. Es una externalización del Servicio de Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento, que llevan a cabo las/os trabajadoras/es sociales de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios. Así como de las funciones de las/os auxiliares de información y de las/os auxiliares de vigilancia e información de dichos Centros.

La Ley de Servicios Sociales de Andalucía, establece que los servicios sociales comunitarios se configuran como el PRIMER nivel de referencia para la valoración de las necesidades, la planificación, la intervención, tratamiento, seguimiento y evaluación de la atención y coordinación con "otros agentes institucionales del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía", asimismo son los servicios sociales comunitarios, los que posibilitarán el acceso de las personas usuarias al conjunto del Sistema Público de Servicios sociales que refiere de forma expresa que tienen que ser desarrolladas por los equipos de profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios y que dichos equipos tienen que estar formados por empleadas/os públicos. (Art.30 de la Ley)

También establece en su artículo 28 como función propia de los servicios sociales comunitarios la de Información, valoración, orientación y asesoramiento a la población sobre las prestaciones y servicios del Sistema Público de Servicios Sociales y de otros posibles recursos de otros sistemas de protección social. En el artículo 42 relativo a las prestaciones garantizadas, aquellas cuyo reconocimiento tiene el carácter de derecho subjetivo, son exigibles y su provisión es obligatoria para las Administraciones Públicas, entre las que se encuentra: El Servicio de Información, valoración, orientación y asesoramiento y la atención inmediata en situaciones de urgencia y emergencia social.

Dicha ley equipara los Servicios Sociales Comunitarios al Sistema de Salud de Atención Primaria, pero esto no se traduce por parte del Ayuntamiento de Sevilla en un incremento de Centros y de profesionales, sino en externalizaciones de un Sistema Público de Protección Social, que se erige como uno de los pilares del Estado de Bienestar, que gestiona prestaciones de derecho subjetivo, exigibles por la ciudadanía a nivel político y legal.





Ni la población que atendemos ni las personas que formamos parte de los Centros de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Sevilla estamos conformes con que actualmente este sistema de atención telefónico externo sea una herramienta aceptable para nuestra Área. Las listas de espera por la falta de personal se han trasladado a listas de espera telefónica y a asignaciones exponenciales de expedientes para las personas profesionales.

La ciudadanía demanda una atención de calidad y la quieren recibir por parte de su trabajadora social de los Servicios Sociales Comunitarios, sin intermediarios y con respeto hacia su intimidad sociofamiliar.

No quieren sentirse abandonados en la gestión de prestaciones garantizadas como la Ley de Dependencia o la Renta Mínima, que el Ayuntamiento paraliza cada año. Demandan continuidad en la atención social y la asignación de un profesional de referencia que pueda prestarles una intervención continuada, garantizadas ambas cuestiones en la ley de Servicios Sociales de Andalucía, la cual recoge que dicho profesional de referencia es el/la trabajador/a social.

Cabe hacer mención expresa hacia la labor del profesional del Trabajo Social, como agente de cambio, y de sus funciones dentro del ámbito de la intervención social. Tanto a nivel poblacional como institucional existe desconocimiento acerca de nuestra profesión, lo cual está teniendo graves consecuencias hacia nuestro trabajo diario, que corre el riesgo de perder su finalidad.

El/la profesional del trabajo social realiza una primera acogida a la persona usuaria y a partir de ese momento inicia una relación de ayuda basada en el acompañamiento. A lo largo de varias entrevistas, cuya duración debe oscilar entre 45 y 60 minutos, así como de visitas domiciliarias, va realizando un estudio de la situación sociofamiliar y del entorno comunitario, detectando potencialidades y necesidades en el seno de la unidad familiar y elaborando un diagnóstico social. A partir de ese momento diseña un Proyecto de Intervención sociofamiliar con una serie de objetivos y recursos idóneos, consensuados con los miembros de la unidad familiar, en función de la valoración que el profesional realiza.

El/la trabajador/a social también tiene una labor de detección de situaciones de emergencia social o de riesgo en personas vulnerables, que no acuden a los servicios sociales por desconocimiento o imposibilidad física o psíquica, y que sufren por tanto el abandono institucional en el seno del llamado Estado de Bienestar. El desbordamiento de los/as trabajadores sociales hace imposible esta labor de prospección y de prevención que también forma parte de nuestro trabajo.

Por ello consideramos necesario reivindicar que el trabajo social que desarrollamos con cada persona usuaria requiere tiempo para poder llevar a cabo nuestra intervención social, y que ese valor, profesional y humano, es el principal recurso que aplicamos. Creemos necesario ponerlo en evidencia porque a nivel institucional y político se ha relegado al último plano.

La demanda social actual requiere un aumento **urgente** de profesionales en los Servicios Sociales, que puedan abordarla con calidad y con una ratio por profesional acorde que permita el desarrollo de su intervención social con rigor profesional, y no una dispensación descontrolada de recursos que lejos de dignificar a la persona usuaria, la convierte en sujeto pasivo de un asistencialismo que está destruyendo los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Sevilla y a sus profesionales.

Plan de pensiones exclusivo del COTS de Sevilla: ¿Ahorramos o invertimos?



Jaime Abad Castillo

Economista, Mediador de Seguros y Asesor Financiero. Colabora con la Compañía de Seguros, la Gestora de Fondos y Planes de Pensiones y la Agencia Financiera de Caser.

Partamos de la base de que **ahorrar** no es mas que renunciar a algo en el presente, para ganar tranquilidad ante un futuro incierto. Gastar menos ahora, para poder gastar más en el futuro. Aunque desde siempre nos han cantado las excelencias de ahorrar, y si no recordemos la fábula de la hormiga y la cigarra, es claro y evidente, que como cualquier renuncia ni es agradable, ni fácil, la pobre hormiga para disfrutar de un invierno agradable, se pasó el verano trabajando... Labor poco agradable, y sobre todo menos, cuando se comienza a ahorrar, ni se tiene hábito, ni parece que renunciar a un importe reducido mensual vaya a ayudarnos mucho en el futuro... el futuro, ese acontecimiento tan lejano, que no sabemos si llegará. Evidentemente, en la fábula podemos asemejar invierno a jubilación, y la fábula cumple su cometido de acercarnos a una situación muy actual, ¿debemos ahorrar para algo tan lejano como la jubilación?

Y ahora hay un segundo paso, sabiendo que ahorrar es difícil, todos en cuanto contamos con unos ahorrillos, tratamos de **invertir**, que no es otra cosa que obtener un incremento del dinero ahorrado. Y si ahorrar es difícil, invertir, y mas concretamente invertir bien ya es de premio, sobre todo si se carece de la formación financiera necesaria.

Ahorrar e invertir son dos asignaturas pendientes para casi todos. Y, tengamos claro que con la inversión, debemos tratar de conseguir, al menos no perder poder adquisitivo de nuestros ahorros, esto es, **que nuestros ahorros crezcan al menos como el IPC**. Igualmente, tenemos que tener claro a qué período invertimos.

Tengamos claro, que **cualquier inversión, tiene riesgo**, desde la compra de una plaza de garaje o una segunda vivienda para alquilar -que podemos tener por temporadas sin inquilino, o con inquilino que no pague la renta-, hasta la compra de acciones - de las que si la empresa pierde interés para el Mercado, podemos perder la totalidad del dinero invertido-. Además, todos hemos conocido malas praxis comerciales, en todos los sectores, incluido el financiero, que han provocado pérdidas a mas de un conocido.

¿Cobraremos Pensión Pública por Jubilación?

La situación de las pensiones por jubilación es difícil, en España se lleva legislando desde principios del siglo XXI para tratar de adecuarlas a la actual situación, y a día de hoy, no se han terminado de realizar las reformas necesarias para hacerlas sostenibles y, asegurar un sistema de pensiones de jubilación similar al que actualmente conocemos.

Podemos debatir sobre su futuro, comentar opiniones, comparar con otros países y con otras épocas, pero teniendo claro que el sistema de pensiones actual español es de reparto, es decir, los trabajadores actuales son los que soportan a los jubilados actuales, para hacernos una idea, veamos sólo algo tan básico como una pirámide de población de hace 50 años, y una estimada de dentro de 50 años:





Fuente: https://www.populationpyramid.net/

En 1970, unos 2 millones de mayores de 70 años eran sostenidos (financieramente hablando) por unos 15 millones de personas entre 30 y 69 años, sin embargo en 2070, se prevé que la población mayor de 70 años será de casi 11 millones de personas que serán sostenidos por una población de entre 30 y 69 años de 17 millones de personas. Dicho de otra forma, pasamos de 7,5 trabajadores por cada jubilado en 1970 a 1,5 trabajador por cada jubilado en 2070. Si caemos de la parte de los trabajadores en 2070 está claro que lo pasaremos mal.

No obstante, tengamos claro que las pensiones por jubilación, es uno de los pilares del Estado de Bienestar, y que nada indica a su desaparición. Lo que sí es probable, es que por distintos motivos, la cuantía de las pensiones se reduzcan. ¿Qué podemos hacer? Por una parte, pensar que el Pacto de Toledo funcionará y realizará su función, y por otra, ahorrar, en especial para este período, al que todos esperamos llegar.



Qué ofrecemos a nuestras personas Colegiadas: Soluciones

De nada sirve preocuparse, y no actuar. Por eso, desde el Colegio de Trabajo Social, que tratamos de ocuparnos del hoy y del mañana de nuestros Colegiados/as, trabajamos un producto de ahorro para la jubilación con mejores condiciones que los tradicionales planes de pensiones individuales, y firmamos el Acuerdo para la creación del Caser Compromiso, un Plan de Pensiones Asociado, que presenta -frente a otros productos de ahorro- las siguientes ventajas:

1. Un plan de pensiones es el **producto de ahorro expresamente creado** para el momento de nuestra vida en el que dejamos de tener ingresos por nuestro trabajo y, pasamos a depender de nuestros ahorros y, de la pensión de jubilación de la Seguridad Social (pensión de jubilación contributiva que, de media en España para los que fueron trabajadores por cuenta ajena, en octubre de 2020, es de 1.313,25.-€). Los planes de pensiones cuentan legislación expresa y, con diferentes formas, es el producto estrella en la OCDE para ayudar a la población en su jubilación. Y, actualmente, el único con bonificaciones fiscales.
2. Cuenta con el **asesoramiento** de una de las entidades pioneras en Planes de Pensiones en España, Caser, **y con un equipo de apoyo**, para el Colegio y los y las Colegiados/



as, la Agencia de Caser J. Abad, para darnos respuesta a cualquier necesidad que tengamos.

3. Es un Plan de Pensiones **exclusivo para nosotros/as**. Podemos invertir en él, siempre que ~~estés colegiado~~ seamos personas colegiadas de este COTS, y si algún día dejamos de estarlo, podremos movilizar nuestros Derechos Consolidados a cualquier otro Plan de Pensiones que queramos (Individual, Asociado o de Empresa). Sin costes, ni limitaciones para hacerlo. El Plan es nuestro, y las personas colegiadas son las dueñas de sus aportaciones.
4. Conseguiremos **ahorro fiscal** -pagar menos IRPF, o incrementar la cuantía que nos devuelven- el año de la aportación. Mientras mas ahorremos, mas beneficio obtendremos.
5. Al negociarlo como colectivo, **se han reducido los costes** inherentes a los Planes de Pensiones. Hemos dotado a las personas Colegiadas, de un Plan de Pensiones con mejores condiciones que los Individuales, y sin el encorsetamiento que tienen algunos Planes de Pensiones de Empresa (que impiden la movilización a otros planes de pensiones del patrimonio propio). Además, esa reducción de costes, implican una **mayor rentabilidad** que, conseguiremos que desde el primer día, haga crecer un poco más nuestra inversión.
6. Trabajamos con un Plan de Pensiones de **reducido riesgo**, pero no renunciamos a tener una mínima parte de nuestra inversión en activos de renta variable para tratar de conseguir "un poco mas de rentabilidad".
7. Seleccionamos un producto que puede ser **útil para todos los colegiados** y colegiadas, sin segmentarnos en una franja de edad concreta. Damos cabida a todos los colegiados/as.
8. Para hacerlo asequible a todos/as, y que empezar a ahorrar no sea un impedimento, se han negociado las siguientes condiciones:
   a. Se podrán realizar aportaciones desde 30.-€ hasta 8.000.-€ al año.
   b. Podremos ahorrar de forma periódica (una cuantía fija cada mes, trimestre, semestre o año), y de forma extraordinaria (el importe que queramos cuando queramos).
   c. Podremos modificar las aportaciones tantas veces como queramos, sin penalización alguna.
   d. Un regalo de bienvenida, para que esa primer paso, cueste algo menos darlo.
9. Las personas colegiadas r¬ecibiremos información semestral de nuestra inversión y, contaremos con una App y una web en la que podremos seguir nuestra evolución. Además, contaremos con el asesoramiento continuo del personal de la Agencia ¬con la que hemos negociado.
10. Caser Compromiso cuenta con una Comisión de Control, formado por personal técnico del Colegio y miembros de la Junta de Gobierno, para tener un perfecto conocimiento de la situación del mismo, y para decidir los aspectos más relevantes de nuestro Plan. Y, somos nosotros/as -las personas colegiadas a través del Colegio-, las que participaremos en las decisiones estratégicas del Plan.
11. Se trata de un Plan de Pensiones **Asociado**, que de producirse modificaciones legales en cuanto a fiscalidad, parece ser que no afectarían, ya que son tratados como los de Empresa. No obstante, si existiera inconveniente, trabajaremos en su reconversión a otro producto, sin olvidar que cada persona colegiada es dueña de sus aportaciones, pudiendo en cualquier momento, y sin penalización proceder a su movilización a otro plan de pensiones.

En breve, daremos la posibilidad de acceder a una serie de podcast -pequeñas grabaciones- de las dudas mas frecuentes que existen sobre planes de pensiones. Ya hemos recogido algunas dudas, no tengáis inconveniente en remitirnos más a: sevilla.areatecnica@cgtrabajosocial.com

Si estás interesado/a en tener más información, llama al 955117164, al 661503136, escribe a: jabad@segurosyjubilacion.es, jabad@agencia.caser.es o visítalos en C/ Virgen de la Victoria, 21, Sevilla.



¿Ahorramos o invertimos?

Análisis del concepto Persona Mayor en la prensa sevillana



Alberto Sarasola Fernández

Colegiado nº 31-2019-1213
Trabajador Social de Domus Vi y profesor de UNED del Grado de Trabajo Social



Carmen Cava Fernández

Colegiado nº 31 – 2019 – 1506
Trabajadora Social especializada en Mediación y en Dirección y Gestión de Centros Gerontológicos



Lorena De Miguel Muñoz

Estudiante UPO. Ascrita como colaboradora Departamento Trabajo Social y Servicios Sociales

El concepto de persona mayor ha sufrido numerosos cambios a lo largo de la historia. Estos cambios no han sido solo en el campo del lenguaje, sino que ha supuesto una revolución en el significado mismo del concepto. Podemos comprobar, como a través del paso del tiempo, a la persona adulta mayor se le han atribuido una serie de condiciones, prejuicios y estigmas que han ido evolucionando y cayendo conforme las sociedades avanzaban.

Este cambio, como decimos, no ha sido exclusivo del lenguaje, ya que también se ha visto en otras parcelas, como puede ser el ocio, la economía, salud, etc. Estamos asistiendo a un cambio demográfico de suma importancia, donde la pirámide poblacional de las sociedades más desarrolladas está sufriendo un proceso de inversión, donde cada vez la base es más estrecha y la cima va agrandándose.

Parte de esta culpa es de la geriatría y a gerontología, disciplinas que han trabajado por una correcta inclusión y desarrollo de las personas mayores en sus entornos, evitando ese estigma creado hacia las personas mayores, que les ponía como sujetos que no aportaban recursos a la sociedad, sino que por el contrario solo los consumían, suponiendo una carga social, económica, sanitaria, etc., para el resto de la sociedad.

Términos como ancianos o viejos son utilizados aún tanto por la prensa como por la sociedad en general. Estas palabras, sin en muchos casos tener esa intención, pueden tener connotaciones negativas, que ayudan a perpetuar esos prejuicios sobre los mayores. Es por ello la importancia que tienen los medios de comunicación a la hora de cambiar o mantener ciertos términos y palabras.

Para comprobar cómo expresa la prensa sevillana en sus noticias a las personas mayores, hemos analizado 98 artículos y noticias de distintos medios de prensa vendidos en la ciudad de Sevilla. Hemos analizado todas las noticias acerca de la pandemia y crisis sanitaria por el COVID-19 en las residencias



de personas mayores, uno de los sectores más castigados por este virus. Estas noticias aparecidas entre los meses de junio y noviembre de 2020 han utilizado distinta terminología para referirse a las personas de más de 65 años, tal y como recogemos en la siguiente tabla:

Analizadas 98 noticias de la prensa sevillana (ABC, Diario de Sevilla, El País, Viva Sevilla, El Mundo, 20 Minutos, La Voz, Diario As, Pluma Invitada) acerca de la pandemia en las residencias de mayores, durante el periodo junio/noviembre, los datos encontrados son:

	Mayores	Ancianos	Tercera edad	Abuelos	Viejos	Edad avanzada
ABC	101	56	1	18	6	1
Diarios de Sevilla	88	31		2		
El País	33	15				
Viva Sevilla	22	4				
El Mundo	2					
20 Minutos	15	4				
La Voz	1	1				
Diarios As	3	2				
Pluma Invitada	3					
Totales	**268**	**113**	**1**	**20**	**6**	**1**

Como podemos apreciar, analizamos nueve periódicos distintos, con unas características muy diversas. Algunos de tirada nacional, otros de tirada local, gratuitos o con un precio fijado, liberales y conservadores...

En estas noticias, encontramos que el término más utilizado es el de **"mayores"**, pudiendo ser acompañado de la palabra "personas" en muchas de estas noticias. Como vemos, es el término predominante en prensa, y también en el ámbito científico, ya que está libre de prejuicios y hace referencia a un aspecto del propio individuo.

Por otro lado, la siguiente palabra más aparecida para referirse a las personas mayores es el de **"anciano"**. Esta palabra sí puede tener un trasfondo negativo, ya que al lector puede trasladarle la idea de que esas personas no realizan una contribución a la sociedad.

"Abuelos" es otro término que encontramos en algunas noticias y artículos relacionado con las residencias de mayores. En este caso si podemos apreciar que es una palabra más paternalista, con clara referencia a la familia y el papel que suelen desempeñar las personas mayores en ellas. Aunque no es un concepto negativo, tampoco debemos caer en él, ya que esa persona no tienen por qué tener descendencia y por lo tanto nietos.

Encontramos en el siguiente escalón de palabras más usadas **"viejo"**. Tal y como hemos indicado anteriormente, esta palabra sí lleva implícitas una serie de valores y prejuicios hacia las personas mayores a las que se refiere. Por lo tanto, es un término a evitar en este tipo de publicaciones.

Por último, encontramos los términos **"avanzada edad"** y **"tercera edad"**, que aunque en sí mismos no sean peyorativos, sí llevan implícitos una carga que puede condicionar al lector.

Es por ello, que los medios de comunicación tienen que cuidar al máximo los términos utilizados, ya que, como elemento fundamental de la comunicación en una sociedad, a través de sus noticias pueden ayudar a perpetuar ciertos pensamientos y actitudes, impidiendo un correcto desarrollo del lenguaje, adaptándose a las circunstancias reales.

Los autores de este artículo consideramos que sería conveniente que en los manuales de buen estilo de la prensa se fijaran para las personas mayores el concepto de persona mayor, ya que en Andalucía contamos con una Ley de Atención y Protección de las Personas Mayores (ley 6 /99 de 7 julio 1999) y un Decreto que la desarrolla (23/2004, de 3 de febrero) e incluso el 1 de octubre de este 2020 la consejera de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación presentó el I **Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023** en el acto de celebración del Día Internacional de las Personas Mayores que tuvo lugar en la Fundación Cajasol. Programa que tiene una **inversión prevista de 145 millones de euros** y en el mismo están implicadas todas las consejerías de la Junta de Andalucia.

Por ello desde el Trabajo Social y los/as Trabajadoras /es Sociales debemos ser rigurosos y actuar profesionalmente denominando a este colectivo Personas Mayores.

Una perpectiva de una estudiante de Trabajo Social en el Voluntariado Mentoría Juvenil - Asociación Ariadna



Pilar Salvatierra Ortega
Precolegiada del COTS Sevilla
Estudiante de Trabajo Social en la Universidad Pablo de Olavide

Mi nombre es Pilar Salvatierra Ortega, estudiante de Trabajo Social de la Universidad Pablo de Olavide en Sevilla y estudiante del Título Experto en Intervención en violencia filioparental en esta misma universidad impartida por la Asociación Ariadna, que es la misma en la cual estoy haciendo el voluntariado de Mentoría Juvenil.

Os voy a explicar qué es el proyecto donde estoy realizando mi voluntariado:

¿Qué es Mentoría Juvenil? Es una iniciativa de la Asociación Ariadna –Método Mentoris, financiada por el programa de ayudas a proyectos de iniciativas sociales de la fundación bancaria ¨La Caixa¨.

¿Cuál es el objetivo general? Favorecer el establecimiento de proyectos de vida de adolescentes y jóvenes a través de la motivación, el autoconocimiento y la conexión entre iguales; promoviendo un clima educativo en el que todos ganan. Cohesionar al grupo, detectar las necesidades de los alumnos y poder trabajar con ellos en bases a estas. Fomentar la igualdad, la solidaridad y la unión sana para una mejora de sus capacidades personales y desarrollar y potenciar sus habilidades sociales.

En diciembre de 2019, empezamos esta VI edición del proyecto pero desde mediados de marzo hemos visto interrumpida nuestra acción presencial a causa de la emergencia sanitaria del COVID-19, por lo que nos hemos visto en la tesitura de crear una nueva estrategia y forma de intervención para no dejar la labor que realizamos con los jóvenes.

Presencialmente, lo que hicimos desde la Mentoría Juvenil consistía en tener formaciones (un miércoles cada dos semanas) en la cual pudimos aprender una gran variedad de conocimientos nuevos para los voluntarios.

Una primera toma de contacto con aspectos del psicodrama impartido por Félix Valderrama Díaz, gestión de emociones impartida por María y Ángela fundadoras y creadoras de Analma-Cooperativa, formación sobre la diferenciación de uso, abuso y adicciones de drogas por la fundación ASPAD (todas estas sesiones las realizamos en la Fundación Cajasol, ubicada en el centro de Sevilla, en la calle entrecárceles).

No obstante, las dos primeras sesiones fueron impartidas por las organizadoras del proyecto, en la Residencia Universitaria Flora Tristán ubicada en una zona en riesgo de exclusión social, desfavorecida y marginada como es el Polígono Sur, pudimos conocer toda la plantilla del voluntariado la idiosincrasia de este barrio y sus infraestructuras de la mano de Cosette e Isabel.

La semana que no teníamos formación íbamos mis compañeros y yo a los diferentes institutos, en esta VI edición son cinco: IES Azahar, IES Macarena, IES Murube, IES Picasso e IES Polígono Sur.

¿Qué hacíamos cuando íbamos presencialmente? dinámicas con los adolescentes, respecto a nuestras formaciones que habíamos cursado la semana anterior, con el conocimiento

adquirido por los voluntarios transmitíamos lo que habíamos aprendido antes y poder llegar mediante juegos a ellos y ellas, al grupo. Cada clase en la cual asistíamos íbamos por pareja de voluntarios y voluntarias como mínimo para poder complementarnos con nosotros mismos y con los jóvenes.

Se nos planteó un desafío con el COVID-19 ¿cómo seguiríamos las intervenciones? ¿y las formaciones? ...

Con la actitud positiva de todos los voluntarios e Isabel y Cosette que son las capitanas del barco, es decir, las responsables de este maravilloso proyecto, conseguimos reinventarnos y llegar a la creación de diversas herramientas digitales como son: un blog, un Instagram y un canal de You Tube.

En el cual estamos subiendo mucho material didáctico e interesante para los adolescentes y público en general, me siento muy satisfecha con este resultado (no sólo hablo en mi nombre si no en el de todas las personas implicadas con este proyecto tan bonito) que nos nutre interiormente a todos y a todas.

Al ser herramientas digitales públicas puede ser consultada y ampliada por todas las personas que quieran aportar o participar con su granito de arena tanto en el Instagram, Blog y canal de You Tube ya que nuestro objetivo es construir una herramienta participativa , abierta y directa.

El viernes 29 de mayo tenemos la clausura de esta edición y aunque no podemos reunirnos presencialmente cómo estaba previsto, lo vamos a hacer mediante un directo de Instagram donde contaremos con Antonio Chamorro, educador social y pedagogo y fundador también de la Asociación Ariadna donde entrevistará a dos cantantes sevillanos conocidos por los jóvenes y mayores como son Haze y Beret.

Para finalizar, quiero decir que aunque al principio fuera complejo y complicado seguir con el voluntariado cómo los estábamos realizando y se habían llevado a cabo los 3 años anteriores, ya que esta es la cuarta edición, estamos asombrados con nosotros mismos por aprender a utilizar las herramientas digitales y que llegue al máximo de personas posibles. Si os gusta la intervención con adolescentes este voluntariado es el mejor para aprender a trabajar con ellos.

Os dejo la dirección por si queréis participar, conocer y difundir. Muchísimas gracias por leerme y a seguir reinventándonos cada uno desde su lugar en el mundo.

INSTAGRAM: @mentoris2020

BLOG: https://mimentoriajuvenil2020.blogspot.com/

CANAL DE YOU TUBE: Mentoría Juvenil

CORREO: administracion@mentoris.com.es



Los grandes olvidados

COORDINADORES/AS DEL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO DE LA PROVINCIA DE GRANDA. COMISIONES DE SALUD DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE TRABAJO SOCIAL DE ALMERÍA Y GRANADA



Bilal Abdelkader Mohamed
Colegiado nº 18 - 1288 (Granada)
Trabajador social coordinador de Trabajo Social del Área Sur de Granada. Miembro del Grupo Motor de la Consejería de Salud y Familias en representación del Consejo Andaluz de Trabajo Social. Comisión de Salud del CODTS de Granada.



Enriqueta Carrillo Badillo
Colegiada nº 18 - 1815 (Granada)
Trabajadora social coordinadora de Trabajo Social del Área Metropolitana de Granada. Miembro de la Comisión de Salud del CODTS de Granada.



María Isabel Martínez González
Colegiada nº 03 - 489 (Almería)
Miembro de la Comisión de Salud del CODTS de Almería.



Encarna Trillo García
Trabajadora social Coordinadora de Trabajo Social del Área Nordeste de Granada.



Paloma Salcedo Gómez
Colegiada nº 18 - 1213 (Granada)
Trabajadora social coordinadora de Trabajo Social del Área Metropolitana de Granada.



Revisora: Irene García López
Colegiada nº 33 - 1654 (Tenerife)
Trabajadora Social Sanitaria.

Hoy venimos hablar de los grandes olvidados, de los invisibilizados, aquellos que directa e indirectamente nos van a permitir vencer la epidemia del COVID19. Hoy, de verdad, queremos agradecer a los que están en primera fila, queremos agradecer de corazón; cómo nos sale del alma y en cada uno de los turnos; a aquellos que se están dejando la piel, expuestos a ese trabajo y que ahora es cuando realmente se aprecia la labor que hacen todos los días. Nos referimos a las administrativas que dan las citas en los centros de salud de atención primaria, a las limpiadoras tan importantes en estos momentos y que nos ayudan en el día a día, con cariño de no infectarnos, a los celadores conductores, a las auxiliares de enfermería, a la técnica de rayos, a nuestras compañeras y compañeros de Trabajo Social Sanitario que tienen que lidiar con nuevas exigencias, a las fisioterapeutas, a la terapeuta ocupacional, a las enfermeras y enfermeros, a los médicos, al equipo de Salud Mental… vosotros y vosotras sois lo mejor de la sociedad en la que vivimos. Sois los que estáis curando esto y estáis sufriéndolo en primera fila. Mil gracias y un aplauso eterno. Nuestro más sincero agradecimiento, es un día más en esta lucha y un día menos para salir adelante.

Los profesionales del Trabajo Social Sanitario del Servicio Andaluz de Salud (SAS) continúan su lucha al frente del coronavirus en primera línea junto con el resto de profesionales sanitarios: en hospitales, centros de salud, consultorios y equipos de salud mental. Es cierto que no veréis nuestros perfiles con imágenes con la cara marcada por los EPIs (Equipos de protección individual), ni caídas sobre una camilla o sobre el marco de una puerta, pero somos profesionales que silenciosamente llegamos exhaustos a nuestros hogares todas las noches. Las



marcas de nuestros EPIs no se ven, van ocultas como casi todo en la profesión.

Coordinar nuestras actuaciones con todos los sistemas, para que los más vulnerables, al lado de quienes siempre estamos, se sientan más protegidos y cuidados, es una ardua y gratificante tarea. Los trabajadores sociales sanitarios también **CUIDAMOS**: cuidamos del resto de nuestro equipo sanitario y no sanitario, apoyamos, respaldamos, estamos a disposición de los equipos directivos de los centros y seguimos haciendo silenciosamente nuestra tarea, porque esta situación sanitaria está generando tremendas desigualdades y evidenciando que los problemas sociales son un inmenso determinante de la salud de la población, como establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Un concepto Biopsicosocial y un derecho humano fundamental.

Por eso, los Trabajadores Sociales Sanitarios en los inicios de esta pandemia presentamos una propuesta de actuación para el desarrollo de nuestra labor profesional durante la vigencia del estado de alarma. Después de varios meses, que han parecido siglos, con turnos desde mediados del mes de marzo, de lunes a domingo, con guardias localizadas y sin apenas descanso, seguimos en primera línea, -. Y no nos retiraremos ni nos arrepentimos de ello.- seguimos en nuestras consultas, detectando y valorando cada situación, multiplicando nuestras intervenciones y sin apenas protección, a veces teniendo que reutilizar las mascarillas, con escaso o nulo material antiséptico, cuando insistimos tanto en la higiene manual, y con una simple bata blanca que lavamos en casa a diario y comprobando nuestros propios uniformes pues el SAS a duras penas nos facilita esa bata, muchos menos uniformidad de calle, siendo INDISPENSABLES Y NECESARIOS desde el enfoque BioPsicoSocial, hoy más que nunca.

A fecha del 20 de marzo, el gobierno y las comunidades autónomas acuerdan que los trabajadores sociales de Servicios Sociales se consideran "servicios esenciales" nos lo aplican en nuestros hospitales y centros de atención primaria, pero de nuevo, hemos sido invisibilizados, porque el trabajo social sanitario no se adscribe a los servicios sociales, somos sanitarios aunque no se nos reconozca así.

Somos profesionales de la salud, somos Trabajadores Sociales Sanitarios y somos servicios esenciales, pero con una diferencia con respecto a Servicios Sociales y es que nosotros estamos en primera línea frente al coronavirus mientras que los Servicios Sociales han permanecido en la retaguardia, a puerta cerrada y teletrabajando. Pese a que seguimos en esta línea, la atención primaria, con toda su fuerza y capilaridad en el ámbito urbano y rural, está pasando increíblemente desaparecida en el aluvión de información en medios y redes sobre la pandemia por el COVID19. En definitiva, el primer nivel asistencial está haciendo una labor callada pero trascendental para controlar la pandemia e impedir que el colapso en los hospitales vaya a más, y una vez más, el Trabajo Social junto con el resto de profesionales sanitarios de atención primaria, sigue sin aparecer siendo ninguneados a pesar de toda la fuerza y el potencial que posee.

Somos nosotros (los Trabajadores Sociales Sanitarios) quienes seguimos al frente de nuestros servicios con atenciones directas, las denominadas coloquialmente: "cara a cara" en nuestras consultas, detectando situaciones, atendiendo demandas, derivando y coordinarnos con los Servicios Sociales, nuestro complemento. En definitiva, somos un recurso más del sistema sanitario, por ello: somos más imprescindibles aún, pero doblemente invisibilizados.

Un ejemplo claro de ello, son los esfuerzos coordinados con medicina y enfermería. Tras un diagnóstico clínico, se deriva a un paciente a nuestra unidad para valorar la viabilidad del confinamiento domiciliario, algo que tiene más sentido que nunca, pues si no le aseguramos al paciente aislado y a su familia, compras, farmacia, retirada de residuos y la baja laboral si procede y, por tanto, cubrimos todas sus necesidades esenciales, difícilmente podremos asegurar el aislamiento ni el cumplimiento de la cuarentena. En este sentido, utilizamos el procedimiento del cribado social del COVID19 por el Trabajador Social sanitario, el no hacerlo supondría arriesgarse a convertir hogares en verdaderos nichos. Estaríamos condenando a un paciente a un aislamiento domiciliario sin tener en cuenta aspectos sociales por lo que en realidad lo estamos condenando a muerte. Para ello movilizamos y coordinamos todos los recursos existentes en la zona, nadie como nosotros conoce las redes de soporte del paciente, los recursos y las posibilidades del entorno. Desde aquí apostamos por ponerle remedio a esas dificultades desde el convencimiento de que es y será un factor determinante de la salud de la población en los años venideros.

A día de hoy, los Trabajadores Sociales Sanitarios no hemos visto reforzados nuestros servicios con personal, mientras el resto de categorías si ha recibido efectivos, pero si nos hemos visto desbordados. Nosotros, que debiéramos estar presentes en todos los equipos, nos encontramos situaciones muy difíciles y nunca vistas antes han de ser resueltas en tiempo record, unas veces abordando problemáticas directas del covid19 en la fase aguda de la enfermedad y otras la mayoría, con las graves secuelas, especialmente a nivel social que deja esta PANDEMIA. Aunque venzamos y lo haremos, sólo será la primera parte de esta guerra para nuestra profesión, lo peor está aún por llegar y es aquí y es ahora donde el Trabajo Social Sanitario debería cobrar una importancia trascendental, basada en una confluencia de factores biológicos y factores psicosociales en el proceso de salud que deriva en un incremento de personas que están pasando a ser vulnerables.

Por eso hoy, más que nunca, las medidas contempladas durante la vigencia del estado de alarma y las restricciones posteriores, especialmente aquellas relacionadas con la "limitación de la libertad de circulación de personas", pueden agravar el riesgo social de diferentes perfiles de población, generándose de este modo un mayor incremento de la desigualdad.

Nuestra actuación como la médica, implica intervenciones en urgencias, en nuestro caso psicosociales. Parece que hemos olvidado que no todo es COVID-19. Dentro de estas actuaciones "no aplazables" seguimos encontrando a diario situaciones de violencia de género, violencia a menores de edad, personas mayores en situación de dependencia o personas con discapacidad, búsqueda de alojamiento y garantía de cobertura de necesidades básicas de los pacientes con trastorno mental grave que al ser dados de alta hospitalaria carecen de red de apoyo social, conflictividad intrafamiliar, en cualquiera de sus manifestaciones o sectores a los que afecte; solicitantes de interrupción voluntaria de embarazo, personas con escasez de recursos económicos para abordar el pago de suministros mínimos vítales, inmigrantes que acuden por primera vez al



sistema sanitario, y todos los que son valorados y derivados como urgencia social por los profesionales del sistema sanitario. Estas urgencias sociales, son como las prioridades en los SUAP, no demorables, y deben ser atendidas de forma inmediata tras su detección con la consiguiente coordinación con el resto de sistemas, que solo puede llevar a cabo el profesional del Trabajo Social Sanitario.

Nuestras actuaciones serán valiosas para garantizar la provisión de recursos sociosanitarios, articular canales adecuados de derivación, ofrecer soporte y apoyo psicosocial, así como la denuncia de situaciones de especial vulnerabilidad. Para ello, nos ponemos a disposición del sistema sanitario, apoyando la labor de nuestros compañeros/as profesionales, y con la finalidad de ofrecer la mejor, y más eficaz atención a la población, garantizando algo básico: la salud BIOPSICOSOCIAL.

En estos días inmersos en ese fuego cruzado, en primera línea, sin armamento, ni y sin recursos económicos o materiales propios que poder gestionar, también estamos presentes realizando servicios de guardia y atendiendo incluso llamadas a cualquier hora de la madrugada ante una urgencia hospitalaria, horas de trabajo sin descanso acumuladas de lunes a domingo, sufriendo la angustia y la precisión ante la planificación de una alta hospitalaria para liberar camas, gestionando ingresos a centros residenciales que ya continúan blindados para evitar más contagios, personas sin hogar expuestas que acuden a diario a nuestros centros de salud, ya que es la única puerta que encuentran abierta 24 h, familias a la que tras perder a un ser querido con las actuales restricciones por la pandemia y sin poder despedirse, se les hace muy difícil el proceso de afrontamiento de duelo, barreras sociales y un aislamiento físico, pero sobre todo emocional que dificulta las relaciones sociales tales y como las conocíamos hasta ahora.

Ya antes de todo esto, los esfuerzos de contención han sido y siguen siendo claves, desde nuestros equipos nos encargamos de difundir y crear protocolos, procedimientos, actuaciones y recomendaciones de las autoridades sanitarias no sólo a nuestro personal sino a nuestros usuarios. Repitiendo el mensaje del “Yo me quedo en casa”, sensibilizando y educando sociosanitariamente reduciendo el riesgo de contagio, el riesgo para la transmisión cruzada y las posibles situaciones de vulnerabilidad anteriormente citadas.

Seguimos siendo proactivos y no olvidarnos de nuestros pacientes de los programas de atención a inmovilizados, frágiles, y en riesgo social, de los procesos de cuidados paliativos y demencias, en los que hemos realizado y seguimos realizando llamadas telefónicas para sondear necesidades y proponer los recursos más adecuados a la persona dentro de las posibilidades existentes.

Los profesionales del trabajo social sanitario de atención primaria no tenemos cupo cerrado, solemos atender a varias unidades de gestión clínica, lo que significa que el número de atenciones está ligado al número de habitantes de cada



zona, desplazándonos además entre los diferentes centros y consultorios y reforzando el hospital durante las tardes en esta situación de confinamiento. Estamos asumiendo cargas de trabajo muy por encima de nuestras posibilidades y pese a esto, seguimos sin verbalizar una sola queja, entendemos que es el momento de remar todos juntos, priorizando el bienestar de nuestros pacientes. No todo es negativo, hay llamadas gratificantes, en las que los usuarios conocidos se alegran de escuchar la voz de su Trabajador/a Social Sanitario/a de referencia y, extrañados de esa llamada de "preocupación o interés", sorprendidos que alguien del sistema sanitario se preocupe por ellos en medio de toda esta vorágine y de atenciones apresuradas. Es la parte más gratificante de toda esta batalla, cuando comprenden la importancia del confinamiento en beneficio de su salud.

Aun así siguen existiendo otras actuaciones en las que nuestra labor profesional ha de resultar primordial.

- Los profesionales del trabajo social sanitario, como **nexo de unión y coordinación** entre el centro de salud, hospital y el tejido asociativo e institucional, debemos dar traslado a las diferentes entidades locales, públicas y privadas, la información y cartelería facilitada por el Distrito sanitario de Atención Primaria sobre las recomendaciones, teléfonos disponibles de salud responde, así como sobre el uso de la "app salud responde"
- Realización del procedimiento de un **cribado social** para determinar las condiciones de aislamiento preventivo en domicilio de los pacientes infectados por el COVID19 que presenten una situación de vulnerabilidad de carácter social.
- Colaborando en los estudios de convivientes y familiares de contacto, en distintos programas y procesos sanitarios.
- La realización de una **guía de recursos a nivel municipal.** Actuaciones concretas de los **Servicios Sociales Comunitarios** ante la situación.

Estamos disponibles como el resto de profesionales del sistema sanitario, mediante interconsultas, la atención telefónica a demanda de la población, así como la atención directa en consulta cuando sea necesario, guardando siempre las recomendaciones sanitarias.

Hoy más que nunca, la profesión y en especial el Trabajo Social Sanitario debe salir reforzada como nunca de la crisis social y sanitaria que supone esta pandemia, ojalá sea así, ojala podamos verlo. Saldremos con heridas, con rasguños, pero como siempre SALDREMOS, ya que nuestro EPI está cargado de dosis de resiliencia, experiencia, autocritica, superación, adaptación, implicación y compromiso. No habiendo de cambiarlo en cada actuación sanitaria, como bien aludió nuestra compañera de batalla María Isabel Martínez.[1]

Sólo el tiempo pone las cosas en su sitio y esperemos que, cuando pase esta descomunal crisis de salud pública social, económica y política, alguien levante la mano para aclarar que hicieron y que podrían haber hecho todos los sanitarios que están más cerca de la ciudadanía.

El 12 de abril de 2020, Día d la Atención Primaria, brindamos por aquellos compañeros/as que han fallecido, son muchos los que desgraciadamente hemos dejado por el camino, por los que enfermaron, por los que se vieron superados por la situación, por aquellos que sostienen los centros y a la comunidad, así como aquellos que siguen y seguimos, más que nunca, moviéndonos en la incertidumbre. Brindamos por nuestra capacidad de adaptación en medio del pánico y desconcierto, por esa autoorganización, autocoordinación entre centros y hospitales y brindamos por todas aquellas muestras de solidaridad y gratitud recibidas ofreciendo al paciente todo lo que podemos hacer ante una crisis epidémica que nunca imaginábamos. Por ello, toca brindar por todos y cada uno de los/as médicos/as de familia, pediatras, enfermeras, auxiliares, administrativas, celadoras, matronas, trabajadoras sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogas, porque hemos sido un equipo y por eso lograremos salir adelante. Vivan los profesionales de la atención primaria y de la salud.

Cada vez que salíamos al balcón, sumamos al menos tres palmadas más por cada diez que dedicábamos al personal sanitario, otros dos por cada diez farmacéuticos, ocho más por cada diez al personal de servicios primarios. En definitiva, aplaudamos hoy, sigamos aplaudiendo, miles de veces más por todos esos profesionales invisibles que, poniendo mucho en riesgo, son otro de los elementos clave para la salida de esta enorme crisis de salud pública y actualmente política, económica y social. Y pensemos cada vez que aplaudamos, en aquello que decía el principito de que **algunas historias terminan, para que otras mejores puedan empezar**.

1 Disponible en: https://www.facebook.com/groups/1708141702796344/permalink/2569616899982149

Intervención social con menores en situación de riesgo: Los equipos de tratamiento familiar (I)



Marina Navarro Reus
Colegiada nº 16 – 408 (Córdoba)
Actualmente trabajadora social en el Programa de Tratamiento Familiar del Ayuntamiento de Córdoba

RESUMEN: Las recomendaciones e imperativos legales a nivel internacional y nacional señalan el derecho de los y las menores a vivir en un entorno que les asegure una adecuada cobertura de sus necesidades físicas y psicosociales, libre de violencia, y a mantenerse en su familia de origen siempre que esto sea posible. Con este fin, se implanta en Andalucía el Programa de Tratamiento Familiar, llevado a cabo por Equipos Técnicos formados por tres profesionales del campo de la psicología, la educación social y del trabajo social. La intervención se lleva a cabo en dos situaciones: sobre menores en situación de riesgo para evitar que la situación empeore y se pueda producir una retirada del o los menores del núcleo familiar y situaciones en que el o los menores ya han sufrido una separación del núcleo familiar pero hay factores de recuperabilidad para que su vuelta pueda producirse de forma definitiva. El trabajador social desarrolla sus funciones dentro del equipo interdisciplinar, centrándose en la familia, la comunidad y la relación entre ambas. En esta primera parte se aborda la parte general del programa y en una segunda, las fases de intervención y el papel del trabajador social.

PALABRAS CLAVES: menores, situación de riesgo, tratamiento familiar, núcleo familiar.

1. INTRODUCCIÓN
2. PROGRAMA DE TRATAMIENTO FAMILIAR
2.1. OBJETIVOS Y DESTINATARIOS
2.2. VALORACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO
3. CONCLUSIONES.

1. INTRODUCCIÓN

La protección de la infancia, especialmente a la más vulnerable, es una de las prioridades en los distintos escenarios legislativos y políticos. Desde la primera vez que se consiguió defender a una menor ante los malos tratos que sufría ante un Tribunal, en 1874 en Nueva York (O. 11 de Febrero de 2004, introducción) han sido notables los esfuerzos y avances conseguidos para que la infancia sea considerada uno de los sectores prioritarios de protección obligatoria de todos los estados, para asegurar la defensa de sus derechos y su bienestar en todos los aspectos (físico, psicológico, social, familiar,…).

Para el tema que vamos a abordar, resulta imprescindible conocer cuándo un menor se considera que está en situación de riesgo y cuándo en situación de desamparo. Esta última, es "la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material" (Ley de Protección Jurídica del Menor, artículo 18.2). En estos casos la entidad pública competente debe intervenir, declarando tal situación y tomando la medida protectora más adecuada según las circunstancias.

En la misma Ley, en el artículo 17.1, nos describe la situación de riesgo como " aquella en la que , a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que , sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que



fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar". Así, la entidad pública competente está obligada a ofrecer la posibilidad de una mejora de las condiciones del núcleo familiar para que los menores puedan permanecer en él.

Siguiendo este mandato legal, para favorecer que los menores en riesgo permanezcan en su familia, se implanta en Andalucía en el año 2000- desde la Consejería con competencias en materia de infancia y familias, en cooperación con las Entidades Locales- el Programa de Tratamiento Familiar (a partir de ahora, PTF), al que está dedicado este capítulo. Desde entonces hasta la actualidad el Programa se ha ido implantando y reafirmando, siendo su última regulación legislativa a través del Decreto 494/2015, de 1 de diciembre y viéndose reflejadas las funciones que desarrollan los Equipo de Tratamiento Familiar en la nueva ley de Servicios Sociales de Andalucía, de 2016, como funciones a desarrollar por los Servicios Sociales Comunitarios (a partir de ahora SSC), desde donde se desarrolla dicho Programa.

En esta primera parte del artículo veremos con más detalles los objetivos, destinatarios y la valoración del nivel de riesgo, dejando para la segunda parte la intervención, especificando el papel del trabajador social.

2. PROGRAMA DE TRATAMIENTO FAMILIAR EN ANDALUCÍA

2.1. OBJETIVOS Y DESTINATARIOS

El principal objetivo del Programa es (artículo 3.1 del Decreto 494/2015): "el Programa consistirá en proporcionar a las familias con menores en situación de riesgo o desprotección un tratamiento específico e integrador que permita la adquisición de pautas rehabilitadoras que compensen la situación de riesgo o desprotección que pueda afectar directa o indirectamente al bienestar de los y las menores, con una doble finalidad:

a) Preservar sus derechos y promover su desarrollo integral en su medio familiar, normalizando su situación.
b) Posibilitar su retorno a la familia de origen, en aquellos casos en los que, tras la adopción de una medida de protección, se contemple la reunificación familiar como la alternativa prioritaria y más adecuada para los y las menores".

El mismo Decreto establece en su artículo 3.2, cuáles serán las familias destinatarias:

a) Familias con menores a su cargo en situación de riesgo o desprotección.
b) Familias en cuyo seno se han detectado situaciones de violencia familiar que afectan directa o indirectamente a menores a su cargo.
c) Familias con menores con quienes se han adoptado una medida protectora

Para ser incluídas en el PTF estas familias deberán hacerlo de forma voluntaria y con un compromiso de colaboración.

De acuerdo a estos perfiles de familia, y siguiendo el Manual del Programa de Tratamiento Familiar, el programa tiene dos modalidades: el subprograma de riesgo, para evitar la separación del menor de su entorno familiar trabajando con el núcleo familiar para, partiendo de los factores de protección que se detecten, reducir y eliminar aquellos factores de riesgo que estén influyendo negativamente en el desarrollo del/os menor/es; y el subprograma de reunificación, donde se trabaja con la familia donde el o los menores ya han tenido una medida protectora , cuando hay indicios de recuperabilidad, para que el menor o menores puedan retornar a él .

Los casos que se atiendan en el PTF, de acuerdo con el Decreto regulador y el manual, sólo podrán llegar derivadas desde Servicios Sociales Comunitarios y el Servicio de Protección de Menores. En ambos casos, se requerirá un trabajo previo de la situación familiar por la entidad derivante, que incluya información y motivación a la familia para que acepte la intervención del ETF. A pesar de que estos son los dos cauces formales que existen para la llegada de los casos al Programa, Un aspecto a señalar que se ha observado en los últimos años, es que el aumento de casos relacionados con menores en situación de riesgo generado por la conflictividad derivada en ocasiones de las rupturas familiares (separaciones o divorcios) ha generado que en ocasiones sean los propios jueces los que pidan la intervención del ETF, para conocer cómo afecta la situación a los menores, cómo funciona el actual régimen de visitas, etc. En estos casos, para ajustar el procedimiento, esta demanda se deriva hacia los Servicios Sociales Comunitarios, procediendo a realizar un estudio de la situación familiar y su posterior derivación a los Equipos de Tratamiento Familiar.

2.2. VALORACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO

Además de cumplir con los requisitos expuestos anteriormente, lo que va a determinar que trabaje con la familia la Administración Autonómica o el Ayuntamiento, y si dentro de éste trabaja el Equipo de Comunitarios o el ETF, va a ser el nivel de riesgo que se detecte en el menor o los menores de la unidad familiar.

Para esto último, valorar el nivel de riesgo de los menores con criterios uniformes y consensuados entre los distintos profesionales, contamos con el instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía (VALÓRAME). Tal instrumento viene establecido en el Decreto 210/2018, de 20 de noviembre, que regula el procedimiento de actuación ante situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y adolescencia en Andalucía (SIMIA), como el “instrumento de obligatoria aplicación por las distintas administraciones para valorar la existencia y gravedad de tales situaciones, a fin de tomar las decisiones oportunas y realizar la coordinación necesaria en virtud de sus resultados” (artículo 6).

Este instrumento ofrece diferentes tipologías de intervención, con distintos niveles de gravedad (muy elevada, elevada, moderada, leve y no presente) en función de la existencia de unos indicadores que se van describiendo. Al final, se obtiene una valoración global del nivel de riesgo o desprotección del menor. De acuerdo con dicho instrumento, la intervención que correspondería a los Equipos de Tratamiento Familiar serían aquellas familias cuyos menores se encuentran en una situación de desprotección moderada o grave. La inclusión en el Programa, además del nivel de riesgo detectado, tendrá en cuenta los factores explicados anteriormente de disposición de la familia o personas que ejerzan la guarda de los menores a colaborar con el Equipo de Tratamiento Familiar. Aunque en este instrumento señala también como factor decisivo que la familia tenga conciencia de la problemática, son muchas las ocasiones en que aceptan entrar en el Programa sin esta conciencia, siendo una de las labores que se deben realizar en la primera fase de intervención, como se verá más adelante.



En la página 69 del BOJA Número 152 (Jueves, 8 de agosto de 2019) donde está publicado el Valórame, encontramos el siguiente cuadro donde se observa como el nivel de riesgo valorado determina la intervención de unos equipos u otros.

Situaciones de vulnerabilidad, riesgo y desprotección					
	Vulnerabilidad	Riesgo de desprotección	Desprotección moderada	Desprotección grave	Desamparo
Causas	Atención adecuada pero hay dificultades personales, familiares o sociales que implican vulnerabilidad a la desprotección. La desprotección puede aparecer en el futuro	Atención con déficits leves Indicadores de riesgo leve	Indicadores de gravedad moderada	Indicadores de gravedad elevada o muy elevada. La situación puede ser contrarrestada en el entorno familiar	Indicadores de gravedad elevada o muy elevada y además existen factores que indican la necesidad de separar al menor de su núcleo familiar
Instituciones o equipos competentes	Red de Servicios Comunitario	Servicios Sociales Comunitarios	Servicios Sociales Comunitarios y **Equipos de Tratamiento Familiar**	**Equipos de Tratamiento Familiar**	Servicios de Protección de Menores

Las derivaciones entre unos Equipos y otros se realizará siempre acompañada del instrumento Valórame, justificando mediante informe el nivel de riesgo observado. También podemos observar, que en la desprotección moderada se puede intervenir tanto desde los propios Servicios Sociales Comunitarios como desde el ETF. Lo que determinará la intervención de un equipo u otro en esta situación será que desde SSC se haya realizado una intervención previa y consideren que se necesite otra más especializada, y tras la explicación del Programa y una motivación, la familia acceda a su inclusión en él.

3. CONCLUSIONES

El Programa de Tratamiento Familiar proporciona un apoyo imprescindible para aquellas familias cuyo nivel de riesgo sea valorado como desprotección moderada o grave, para evitar un empeoramiento de la situación y que se pudiera producir un desamparo, y facilita el regreso de los menores que han sufrido la separación de su núcleo familiar con una preparación previa del este núcleo de convivencia. El instrumento Valórame para la determinación del nivel de riesgo de los menores consigue la aplicación de unos criterios uniformes por los distintos sectores que intervienen con las unidades familiares, pudiendo determinar qué recurso es el más adecuado para intervenir.

El II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia, que recoge las directrices dadas a nivel internacional, recoge entre sus objetivos "apoyar a las familias en el cuidado de niños, niñas y adolescentes que tienen a su cargo, prevenir y proteger a la infancia en situación de riesgo o conflicto social". Es responsabilidad pública que se continúen implementando medidas preventivas hacia la infancia y familia. Para ello, debe hacerse una inversión responsable, huyendo de la temporalidad, y creando programas y recursos con un funcionamiento técnico eficaz, seguro y estable en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- Junta de Andalucía, Dirección General de Infancia y Familias (2007): Programa de Tratamiento a Familias con Menores. Manual de referencia de los Equipos de Tratamiento Familiar. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/2862_d_MANUAL_EETTFF_NOVIEMBRE_2007.pdf
- Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor en Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 73, de 26 de junio de 1997. https://www.juntadeandalucia.es/boja/1998/53/3
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Boletín Oficial del Estado número 15 de 17 de enero de 1196. https://www.boe.es/eli/es/lo/1996/01/15/1/con
- Decreto 494/2015, de 1 de diciembre, por el que se regula y gestiona el Programa de Tratamiento a Familias con Menores en situación de riesgo o desprotección. Boletín oficial de la Junta de Andalucía número 237 de 9 de diciembre de 2015. https://www.juntadeandalucia.es/boja/2015/237/1
- Molina, A; Martínez, C.(2016): Valórame: instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia en Andalucía. Ed:Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas https://www.juntadeandalucia.es/boja/2019/152/BOJA19-152-00086-12091-01_00160365.pdf
- Orden 11 de febrero de 2004, por el que se aprueba la publicación del texto íntegro del Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía número 39 de 26 de febrero de 2004. https://www.juntadeandalucia.es/boja/2004/39/3#:~:text=Se%20establece%20como%20derechos%20de,momento%20su%20intimidad%20y%20privacidad.
- Código Deontológico del Trabajo Social, aprobado por el Consejo General de Trabajo Social el 9 de junio de 2012. https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA), https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf

La Asociación del mes

Entrevista a Victoria Vidal Muriel

Asense-A

Asociación de Enfermedades Neuromusculares de Andalucía

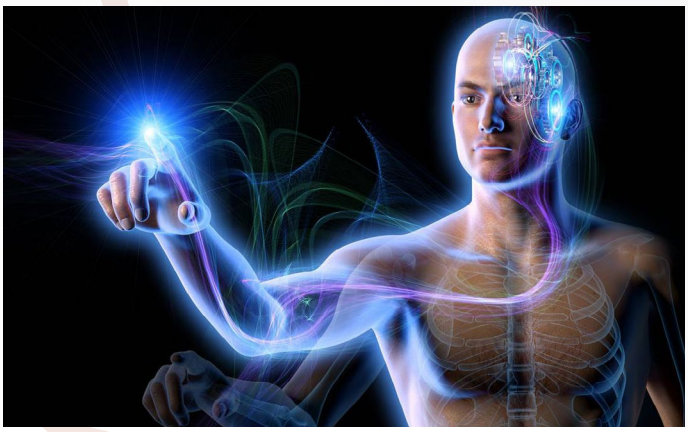


Victoria Vida Muriel
Colegiada nº 31-2019-1037
Trabajadora Social de ASENSE-A

ASENSE-A es la Asociación de Enfermedades Neuromusculares de Andalucía nace en el año 2000, cuando varias familias sevillanas se unen buscando el apoyo mutuo ante una situación que ha desestabilizado su vida, el diagnóstico de una enfermedad de la que nunca habían oído hablar. Entonces se denominaron "Asociación de enfermos musculares de Sevilla"

En 2005, en Morón de la Frontera, lo retomó otro grupo de personas que incluía no solo a familiares de pacientes, sino a las propias personas afectadas por una de estas enfermedades neuromusculares. Es cuando pasan a denominarse "Asociación de enfermos neuromusculares de Sevilla: ASENSE".

La nueva Junta Directiva impulsó a la entidad a una mayor actividad. En 2011 hubo un incremento del número de personas que se asociaron y la atención de la entidad se extendió a otras provincias andaluzas que no tenían asociación de estas características. Este crecimiento hizo que ASENSE, en 2015, tuviera que modificar sus Estatutos para poder ampliar su ámbito de actuación a toda Andalucía, pasando a denominarse finalmente: "Asociación de Enfermedades Neuromusculares de Andalucía, ASENSE-A".



Así ASENSE-A es una entidad sin ánimo de lucro y de ámbito regional andaluz compuesta por personas afectadas por patologías neuromusculares, familiares, personas colaboradoras y profesionales de la medicina que promociona todo tipo de acciones y actividades de divulgación, investigación, sensibilización e información destinadas a mejorar la calidad de vida, integración y desarrollo de las personas afectadas.

¿CUÁL ES TU LABOR DENTRO DE ELLA?

Como trabajadora social de la entidad son muchas las funciones que desempeño:

Soy la primera toma de contacto con la Entidad. La escucha activa y la respuesta empática que encuentra la persona que se pone en contacto con la entidad es clave para que ésta sienta que ASENSE-A es su asociación, es con quien se identifica ante esta nueva situación compleja que le ha sobrevenido sin esperarla. En este encuentro informo y oriento sobre qué pasos puede seguir la familia, en qué otros medios puede encontrar información más específica de su enfermedad, sin olvidar que se trata de un grupo de más de 150 enfermedades distintas que a su vez están divididas en muchos otros tipos diferentes entre sí. Si es necesario derivo a otros recursos a los que pueden acceder: centros de referencia, centros de valoración de la discapacidad, servicios sociales, EGC en su centro de atención primaria, ayudas y servicios a los que pueden acceder desde las diferentes Administraciones…

Formo parte de un grupo de trabajo junto con la psicóloga de la entidad y contando con la colaboración de algunas personas voluntarias del equipo directivo. Las profesionales del equipo técnico diseñamos los proyectos que van dar respuesta a las demandas del colectivo, demandas a las que la Administración no atiende, o bien por desconocimiento de su situación concreta, por ser enfermedad rara, o bien por la lenta respuesta a su situación (valoración discapacidad, valoración dependencia, diagnóstico definitivo de su enfermedad, inca-



pacidad laboral, necesidades educativas específicas…). Es necesario, para poder poner en marcha estos proyectos, buscar financiación y posteriormente gestionar y coordinar su puesta en marcha, además de justificar la actividad realizada, demostrando la efectividad de los mismos.

Promovemos el fortalecimiento asociativo, el voluntariado y la ayuda mutua, haciendo partícipes a todas las personas miembro del colectivo, haciéndoles ver a cada una de ellas que pueden hacer una aportación muy valiosa en beneficio de todos y todas: su tiempo, su saber, su experiencia, su conocimiento… todo suma en positivo, son un valor añadido.

Trabajamos conjuntamente con las administraciones insistiendo en que se cumpla la normativa existente, que o bien se ignora o que se ejerce de manera deficiente. Solicitamos encuentros y reuniones con los distintos representantes políticos y administraciones, aportando propuestas y soluciones así como buscando acuerdos y convenios con otros colectivos que nos aportan su experiencia y profesionalidad.

Como trabajadora social, en ASENSE-A, tengo la responsabilidad de velar porque el engranaje de la Asociación: personas afectadas, familiares, voluntarias, otras profesionales, colaboradoras, etc., siga funcionando, por supuesto respetando siempre el ritmo que marca la propia Entidad, apoyando y promoviendo su actividad para que no cese.

¿CUÁL ES EL OBJETIVO ASENSE-A?

Se define en un Objetivo principal: Ser la voz de las personas afectadas por ENM y sus familiares, para conseguir una mejora en todos los ámbitos de su vida – personal, sanitario, educativo, laboral, social…- dando a conocer sus necesidades, solicitando que se respeten los derechos de estas personas especialmente vulnerables, por padecer una enfermedad rara y por derivar ésta en una discapacidad y muy probablemente en una dependencia de otras personas.

¿QUÉ SERVICIOS OFRECE LA ENTIDAD?

Podemos decir que ASENSE-A cuenta con una cartera de servicios que se divide en dos grupos:

- Una CARTERA BÁSICA cuyos servicios se han afianzado gracias al esfuerzo de la Entidad por mantenerlos. Son: Programa de Atención Social; Servicio de Atención psicológica (SAPA); Servicio de Atención a las Necesidades Educativas Especiales (SANEA); Banco de ayudas técnicas; Convivencias y encuentros de familias; Beca anual de Ayudas a tratamientos de fisioterapia “Fco. Javier Santos García” para personas afectadas por ENM; y por supuesto, Campañas y actuaciones de sensibilización y visibilidad del colectivo: talleres, charlas, mesas informativas, eventos solidarios…

- Una CARTERA SEGÚN RECURSOS. En la que destacaremos el Programa de Promoción de la Autonomía Personal: Vida Autónoma, Vida Independiente (VAVI), por el cual las personas afectadas pueden contar con un/a asistente personal que les ayude en tareas de su vida cotidiana que deseen desempeñar de manera autónoma.

También se incluye en este grupo el Asesoramiento jurídico; la celebración de Jornadas de salud, con la participación de profesionales sanitarios especializados en estas patologías, investigadores, etc.; y otras actividades como las de respiro familiar (colonias de verano), etc.

¿DE DÓNDE PROCEDEN FUNDAMENTALMENTE LOS RECURSOS QUE MANTIENEN EN MARCHA VUESTROS PROYECTOS Y SERVICIOS?

Son diferentes los medios de financiación de la entidad. El mayor porcentaje, un 63%, procede de subvenciones institucionales, un 17% de ayudas de entidades privadas y un 5,1% de las cuotas de personas asociadas y usuarias. Otros ingresos proceden de donaciones privadas o las recogidas en actividades de captación de recursos.

Parte de estas donaciones es la conseguida gracias a la distribución del "Queco solidario", un sencillo y simpático muñequito fabricado artesanalmente por personas asociadas voluntarias que se reúnen en la sede de la entidad. Estas reuniones se realizan en un taller donde se fabrican cientos de Quecos y se han convertido en un espacio que las mismas personas voluntarias consideran "terapéutico", pero que, insistimos, son además un gran apoyo económico. El Queco solidario se distribuye en mesas informativas, actividades de difusión, eventos solidarios, etc., y los fondos conseguidos, contribuyen a financiar una parte de los servicios básicos de ASENSE-A, en concreto el servicio de atención psicológica y las ayudas a los tratamientos de fisioterapia, que alivian en parte el gasto enorme al que se ven obligadas las familias por ser el único tratamiento efectivo que se conoce para las personas afectadas por ENM. Único tratamiento mientras se encuentra una cura definitiva.



PARA FINALIZAR ESTA ENTREVISTA NOS GUSTARÍA SABER DÓNDE PODEMOS ENCONTRAR A ASENSE-A Y CUÁL SERÍA SU LEMA A SEGUIR

Nuestra sede está ubicada, desde inicios de 2019, en un local decido por el Ayuntamiento de Dos Hermanas en la C/Vicente Aleixandre, nº3, local interior.

Podéis contactar con nosotros a los teléfonos: 617 217 944 //95 535 75 08 o a través de correo electrónico info@asense-a.org. Y por supuesto en nuestra web: www.asense-a.org y en redes sociales: Facebook y Twitter.

Nuestro lema: **"PROHIBIDO RENDIRSE"**

Caser

Cada día más cerca de ti, con las mejores soluciones para dibujar tu tranquilidad



Tu Agente Exclusivo **Jaime Pablo Abad** siempre cerca de ti para dibujar tu tranquilidad, con soluciones para los Colegiados, que responden a tus necesidades, para que tú y los tuyos encontréis una mejor manera de vivir sin preocupaciones.

Infórmate:

Jaime Pablo Abad

Agente Exclusivo de Seguros

955 117 614 / 692 034 804

Vírgen de la Victoria, 21
41011 Sevilla

info@segurosyjubilacion.es

agente.caser.es/jaime-abad-castillo-sevilla

Nº inscripción DGS: C003128477769C

caser seguros

CASER, Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Av. de Burgos, 109 - 28050 Madrid. Registro Mercantil de Madrid - Tomo 2245 - Folio 179 - Hoja M-39662 - CIF: A28013050



CURSO PREPARACIÓN DE OPOSICIONES PARA TRABAJO SOCIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

El Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla lleva a cabo un Curso de Preparación de Oposiciones para el cuerpo de Trabajo Social de la Junta de Andalucía.

Este curso es dinámico y flexible, lo cual posibilita que el alumnado se matricule cuando lo considere siguiendo su propio orden en el temario, el cual se imparte de forma cíclica y adaptándose a las necesidades normativas y de las convocatorias.

Disponemos de varios niveles de intensidad según el alumnado y de varias modalidades de impartición: modalidad a distancia, donde el alumnado accede al material y lleva a cabo su propia preparación, y modalidad presencial donde recibe docencia de manera telemática. En todas ellas contarás con las orientaciones y tutorías necesarias para encauzar tu estudio.

Contamos con un equipo docente que lo forma personal especializado y funcionarios de la Junta de Andalucía con amplia experiencia en formación en el campo de las oposiciones así como en el mundo laboral dentro de la Administración de la Junta de Andalucía.

GRUPOS PRESENCIALES

Miércoles o Jueves de 17 a 20h
Clases telemáticas

Colegiad@s en activo: 55€
Colegiad@s en desempleo: 45€
No colegiad@s: 95€

GRUPO SEMIPRESENCIAL

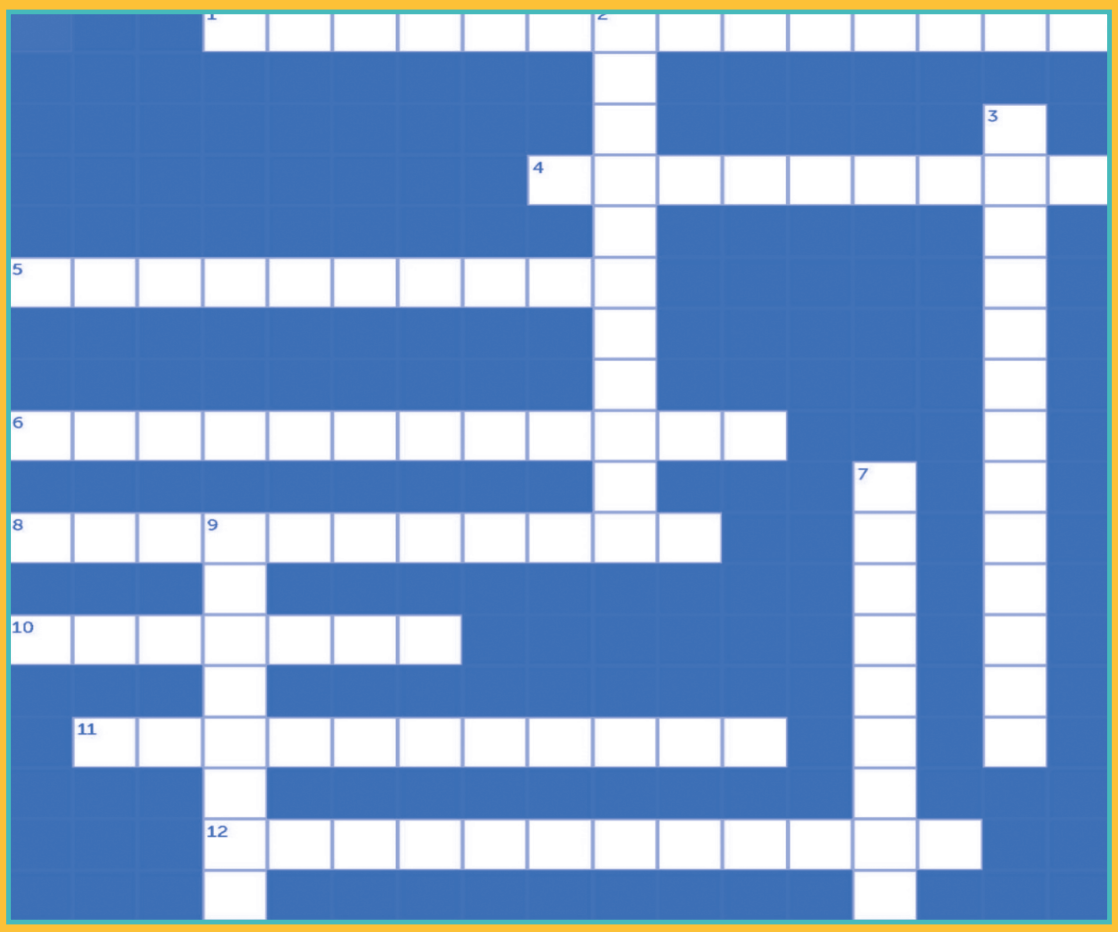
Tutorías
Consultas online

Colegiad@s en activo: 50€
Colegiad@s en desempleo: 40€
No colegiad@s: 90€

MÁS INFORMACIÓN EN
areatecnicasevilla@cgtrabajosocial.es

Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla

CRUCIGRAMA



Soluciones: 1. Discriminación / 2. Metodología / 3. Etnocentrismo / 4. Conflicto / 5. Narcisismo / 6. Antropología / 7. Abolición / 8. Objetividad / 9. Eficacia / 10. Caridad / 11. Diagnóstico / 12. Intervención

HORIZONTAL:

1. **Discriminación: Acción basada sobre una actitud inadecuada que permite un trato de inferioridad hacia una persona o a un grupo, minoritario o mayoritario, por motivos raciales, étnicos, religiosos, políticos, etc.**
4. **Conflicto: Es un tipo de interacción que genera un proceso social en el que dos o más individuos, grupos u organizaciones tienen intereses opuestos, de manera que la actuación de uno, obstaculiza la del otro en termino de los objetivos que se ha propuesto, las acciones previstas y los resultados esperados.**
5. **Narcisismo: Admiración excesiva que alguien siente por sí mismo.**
6. **Antropología: Ciencia que estudia al hombre en todos los aspectos de su cultura física, natural, social y filosófica.**
8. **Objetividad: Capacidad de estudiar los hechos tal y como se presentan, sin aferrarse a opiniones o juicios preconcebidos.**
10. **Caridad: Sentimiento o actitud que impulsa a interesarse por los demás y a querer ayudar a los necesitados. Limosna o auxilio que se presta a los necesitados.**
11. **Diagnóstico: En las ciencias sociales se utiliza como un cuerpo de conocimientos analíticos y sistémicos pertenecientes a una realidad concreta y determinada, sobre la que se quiere realizar determinadas acciones planificadas y con un propósito concreto como**
12. **Intervención: Proceso sistemático y coherente que se orienta fundamentalmente en la modificación/transformación de alguna problemática social que puede ser de orden individual, institucional o colectivo.**

VERTICAL:

2. **Metodología: Disciplina o rama de la ciencia que se ocupa del estudio de los métodos y de sus interrelaciones para el estudio científico de la realidad.**
3. **Etnocentrismo: Actitud o tendencia a considerar su pueblo, su cultura, su sociedad o su propio grupo, como el centro de todo. De esta manera la propia cultura, y en forma inconsciente, la propia sociedad o grupo sirven de referencia para juzgar a todos los demás.**
7. **Abolición: Anulación de una ley o de una costumbre mediante una disposición legal.**
9. **Eficacia: Indicador que se establece por la comparación entre objetivos planteados y los resultados logrados en cada proyecto, en cada actividad y en cada meta.**

*__Conceptos extraídos del diccionario de trabajo Social__ basado en el autor Ezequiel Ander-Egg http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2017/05/Diccionario-de-trabajo-social-Ander-Egg-Ezequiel.pdf

ALIANZAS DEL COTS
CONVENIOS DE COLABORACIÓN

Entidades Sociales

AUTISMO SEVILLA
ADCA INTEGRACIÓN
Donantes de Sangre Tejidos y Órganos Sevilla
Domusvi Cuidamos personas en buena compañía
Joaquín Rosillo Centro de Personas Mayores
Ferrasola Centro de Mayores
FAPROMED
Hispalvida
GAES área social grupo amplifon

Empresas de ocio y tiempo libre

Círculo Mercantil e Industrial Sevilla
ABADES Cádiz
PARADORES Hoteles & Restaurantes 1928
hotelius Club
Plasticosur
S!NGULARIZE
brokers seguros profesionales

Servicios Médicos

GESSAL CLÍNICAS
caser seguros Ag. Excl. J. Abad
CLINICA BAVIERA
COYSALUD
DKV Salud
asisa

Prácticas externas

Universidad Pablo de Olavide Sevilla
Universidad Loyola Andalucía
Universidad de Sevilla
IESHeliópolis

Formación



Máster La Mediación: estrategias y metodologías de prevención y resolución de conflictos. **Universidad Pablo de Olavide**

MOSAICO idiomas
ises Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios

Otros

Sabadell
MAD La editorial del opositor

PLAN DE FORMACIÓN COTS SEVILLA 2021 (1ª FASE)
Marzo-Junio 2021









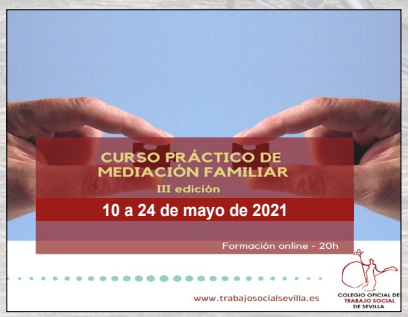
























Colegio Oficial de
Trabajo Social
de Sevilla