



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA A LA  
DEPENDENCIA**

**TESIS DOCTORAL**

**ANÁLISIS DE NECESIDADES Y EVALUACIÓN DE RECURSOS SOCIO-  
SANITARIOS QUE DAN RESPUESTA A LAS EMERGENCIAS SOCIALES EN  
LA CIUDAD DE VALENCIA. PROPUESTA DE UN NUEVO RECURSO.**

Presentada por: **Dña. Desirée Camús Jorques**

Dirigida por: **Dra. Dña. Sacramento Pinazo Hernandis**

**Valencia, 2015**



En memoria de mi madre.



## ÍNDICE GENERAL

<b>PRESENTACIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>LISTA ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS.....</b>	<b>4</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS .....</b>	<b>10</b>
<b>PRIMERA PARTE: LOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO 1. LAS POLÍTICAS SOCIALES Y EL ESTADO DEL BIENESTAR COMO GARANTÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS.....</b>	<b>21</b>
1.1 LAS POLÍTICAS SOCIALES .....	25
1.1.1    Introducción.....	25
1.1.2    Los antecedentes.....	30
1.1.3    El Estado como instrumento de la acción política.....	42
1.1.4    La ciudadanía, democracia y Política Social.....	46
1.1.5    La Política Social y Trabajo Social.....	50
1.2 EL ESTADO DEL BIENESTAR.....	56
1.2.1    Introducción.....	56
1.2.2    Los antecedentes del Estado del Bienestar.....	57
1.2.3    Los modelos de Estado del Bienestar en Europa.....	62
1.2.4    El Estado del Bienestar en España.....	64
1.3 LOS DERECHOS HUMANOS.....	68
1.3.1    Introducción.....	68
1.3.2    La evolución, garantías y reconocimiento de los Derechos Humanos.....	72
1.3.3    Los Derechos Sociales.....	76
1.3.4    Enfoque basado en los Derechos Humanos y el Desarrollo.....	79
1.4 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO .....	84

## **CAPÍTULO 2. LOS SERVICIOS SOCIALES COMO SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL FRENTE A LAS NECESIDADES SOCIALES .....87**

2.1 LAS NECESIDADES SOCIALES .....	92
2.1.1    Introducción .....	92
2.1.2    Las necesidades humanas básicas .....	92
2.1.3    Las necesidades sociales como campo de intervención social .....	99
2.1.4    Las nuevas necesidades emergentes .....	106
2.2 LA PROTECCIÓN SOCIAL .....	109
2.2.1    Introducción .....	109
2.2.2    La definición y conceptualización .....	110
2.2.3    La evolución de la protección social en España y Europa.....	112
2.2.4    Las áreas de protección social en España .....	122
2.2.5    Los objetivos de la protección social en el siglo XXI .....	130
2.3 EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA Y EN LA COMUNIDAD VALENCIANA .....	132
2.3.1    Introducción .....	132
2.3.2    La aproximación histórica al desarrollo del Sistema de Servicios Sociales en España.....	133
2.3.3    Los principales rasgos del Sistema de Servicios Sociales actual.....	139
2.3.4    La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia .....	144
2.3.5    La evolución del Sistema de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana .....	150
2.4 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO .....	161

## **CAPÍTULO 3. LA VULNERABILIDAD, EXCLUSIÓN, INTERVENCIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN A LAS EMERGENCIAS SOCIALES .....163**

3.1 LA VULNERABILIDAD, POBREZA, EXCLUSIÓN Y CRISIS; NUEVOS HORIZONTES EXPLICATIVOS DE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA	167
3.1.1    Introducción.....	167
3.1.2    La vulnerabilidad.....	167

ANÁLISIS DE NECESIDADES Y EVALUACIÓN DE RECURSOS SOCIO-SANITARIOS QUE DAN RESPUESTA A LAS EMERGENCIAS SOCIALES EN LA CIUDAD DE VALENCIA. PROPUESTA DE UN NUEVO RECURSO

3.1.3	La pobreza.....	175
3.1.4	La exclusión social.....	185
3.1.5	Los efectos sociales de la crisis .....	204
3.2	EL TRABAJO SOCIAL E INTERVENCIÓN ANTE LAS EMERGENCIAS SOCIALES.....	208
3.2.1	Introducción.....	208
3.2.2	Los conceptos y características sobre la emergencia.....	209
3.2.3	El recorrido del Trabajo Social como profesional de la emergencia social .....	217
3.2.4	El Trabajo Social e intervención en la emergencia .....	221
3.3	EL SERVICIO SOCIAL DE ATENCIÓN A LAS EMERGENCIAS SOCIALES .....	233
3.3.1	Introducción.....	233
3.3.2	El funcionamiento y organización.....	233
3.3.3	El SAMUR Social de Madrid y el SAUS de Valencia.....	240
3.4	SÍNTESIS DEL CAPÍTULO .....	250
<b>CAPÍTULO 4. LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y RECURSOS SOCIO-SANITARIOS QUE DAN RESPUESTA A LA EMERGENCIA SOCIAL.....</b>		<b>253</b>
4.1	LAS EMERGENCIAS Y SUS EFECTOS SOBRE EL BIENESTAR BIOPSICOSOCIAL .....	257
4.2	LA INTERVENCIÓN EN CRISIS E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS SOCIALES Y SITUACIONES CRÍTICAS .....	266
4.3	LA ATENCIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS EXTRAHOSPITALARIAS, COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA Y PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN .....	277
4.4	LOS RECURSOS SOCIO-SANITARIOS QUE DAN RESPUESTA A LA EMERGENCIA SOCIAL .....	286
4.5	SÍNTESIS DEL CAPÍTULO .....	303

<b>SEGUNDA PARTE: METODOLOGÍA</b> .....	305
1. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO .....	308
2. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....	310
3. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA: MÉTODOS MIXTOS .....	333
3.1. Revisión de la literatura científica .....	333
3.2. Metodología de la investigación .....	334
3.3. Procedimiento .....	335
4. DISEÑO DE LAS TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS .....	338
4.1 CUESTIONARIO .....	341
4.1.1 Justificación .....	341
4.1.2 Selección muestral .....	341
4.1.3 Instrumento .....	343
4.1.4 Plan de análisis .....	343
4.2 ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVE .....	344
4.2.1 Justificación .....	344
4.2.2 Selección muestral .....	344
4.2.3 Instrumento .....	346
4.2.4 Plan de análisis .....	346
4.3 ESTUDIO DE CASO ÚNICO: APROXIMACIÓN A UNA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL .....	347
4.3.1 Justificación .....	347
4.3.2 Selección muestral .....	348
4.3.3 Instrumento .....	348
4.3.4 Plan de análisis .....	348



5. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	349
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	487
7. CONCLUSIONES.....	501
8. LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS .....	507
9. PROPUESTA DE UN NUEVO RECURSO.....	510
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>519</b>

## ANEXOS

- A 1- Glosario de términos.
- A 2- Tratados Internacionales básicos de Naciones Unidas en materia de Derechos.
- A 3- Procedimientos de intervención.
- A 4- Mapa del diseño de la metodología de investigación.
- A 5- Herramientas de recogida de datos:
  - Cuestionario.
  - Guión entrevistas (4 modelos).
- A 6- Documentos primarios: entrevistas transcritas e informe socio-sanitario.
- A 7- Audio entrevistas.
- A 8- Análisis ATLAS.ti entrevistas y estudio de caso
- A 9- Matrices cualitativas:
  - Entrevistas.
  - Estudio de caso.



## AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de investigación ha sido posible gracias a muchas personas e instituciones. La colaboración desinteresada ha aportado percepciones y experiencias, únicas y diferenciadoras que han permitido visibilizar la realidad de las emergencias.

En primer lugar, el SES y al SAMU de Valencia, en especial todos los profesionales sanitarios que han participado voluntariamente en el estudio. Necesariamente he de nombrar a Mónica Valls Martínez, mi compañera de equipo, por su implicación y profesionalidad, a Rosa Marín Bernat, por su interés en la intervención integral de emergencias. Al Excmo. Ayuntamiento de Valencia, principalmente a Rosana Muñoz Sanz por su implicación y participación, y a Francesc J. Talens Fontana por ayudarme a conocer el Servicio de Atención a las Urgencias Sociales en Valencia.

Al Excmo. Ayuntamiento de Madrid, fundamentalmente a Darío Pérez Madera responsable del Departamento del SAMUR Social y atención a las Personas Sin Hogar y a Juan Carlos Arellano Torre responsable de la Unidad de la central del SAMUR Social. Me han brindado todas las facilidades para la recogida de datos, el uso de instalaciones y su apoyo a la investigación que he desarrollado, además de aportar cuantos datos fueron solicitados. Quisiera hacer extensivos los agradecimientos a los trabajadores sociales del SAMUR Social, que me han aportado la visión social de la intervención en emergencias. Al SAMUR Protección Civil, principalmente a Rosa Suárez Bustamante responsable de los programas de detección de riesgo social en menores y mayores de riesgo, y a Teresa Pacheco Tabueca, psicóloga del servicio, por ayudarme a conocer la intervención que realiza el psicólogo de emergencias.

A los Profesores Doctores Amparo Oliver, Francesc Xavier Uceda y José Ramón Bueno por su asesoramiento en la investigación cuantitativa y cualitativa.

Especialmente a mi madre, por creer en mí y animarme a realizar esta investigación. A mi marido: sin su apoyo este estudio no hubiese visto el final; y a mi perra, fiel compañera de trabajo.

A mi directora de tesis, Profesora Doctora Sacramento Pinazo Hernandis, por su profesionalidad, apoyo, paciencia, consejos y ánimos. Sin duda no hubiese empezado ni terminado esta investigación sin ella.

Y finalmente a todas las personas e instituciones que directa o indirectamente han contribuido a la investigación y quizás olvido nombrarlas.

## PRESENTACIÓN

*“La efectividad de un servicio de intervención en crisis aumenta de modo directo en función de la proximidad tanto al tiempo como al lugar de incidencia”*

**Ley Hansel**

Mi interés por el estudio de las emergencias sociales comenzó hace bastantes años, como consecuencia de mi dedicación profesional. Como enfermera del servicio de emergencias sanitarias SAMU desde el año 2002, ha formado parte de mi actividad el valorar y dar respuesta a situaciones de emergencia social y de riesgo durante mi ejercicio profesional, donde niños y niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores presentan necesidades sociales de emergencia que se hacen visibles durante la atención de la emergencia sanitaria. Este motivo determinó investigar sobre los servicios específicos de atención a las emergencias sociales y profesionales sociales de atención *in situ* que ofrecen una intervención social de emergencia al afectado, pero no sólo en la intervención en catástrofes donde psicólogos tienen un papel fundamental, sino también en emergencias individuales y colectivas que ocurren en las ciudades y poblaciones a cualquier hora del día.

En Valencia, investigué el Servicio que desde 2011 atiende las urgencias sociales en la ciudad de Valencia, conocido como SAUS, con el fin de conocer en profundidad sus prestaciones y recursos de respuesta.

Así mismo, como enfermera del SAMU de la ciudad de Valencia pude aportar a la investigación las funciones, prestaciones y recursos del Servicio desde mi propia experiencia profesional.

Como enfermera del Servicio de Emergencias, me preocupaba la actuación extrahospitalaria, en donde se requiere un cuidado integral del paciente con una serie de cuidados físicos, sociales y psicológicos. El resultado positivo de la intervención será la

suma del trabajo realizado por los distintos componentes del equipo multidisciplinar, en el cual el enfermero es un miembro más. Situaciones desgarradoras como la siguiente han motivado esta investigación: *“Era de madrugada cuando solicitaron a través del CICU una unidad móvil SAMU para un intento de autolisis en una mujer de 42 años que quería precipitarse al vacío desde su balcón de la vivienda. Al llegar al domicilio, la mujer estaba acostada en su cama con un bebé de 8 meses, hedor a alcohol y diciendo continuamente que quería morir. La casa era insalubre, descuidada y mostraba falta de higiene. La mujer tenía una discapacidad auditiva importante y hablaba con dificultad. Su marido estaba en el comedor de la vivienda asustado. La mujer quería arrojar por el balcón después de haber bebido 2 copas de whisky (cuando nunca había bebido). Después de tranquilizarse por nuestra presencia, nos explicó el motivo causante de su estado. Nos dijo que trabajaba 4 horas a la semana limpiando una casa, que su marido estaba en paro desde hacía 2 años y que pedían comida a Cáritas; explicó que ya no podía más con esa situación tan precaria, y quería dormir y nunca más despertar... La trasladamos al centro hospitalario para atender su angustia emocional...”*.

Las emergencias requieren profesionales competentes y respuestas inmediatas.

También mi actividad docente como profesora asociada de la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de Valencia desde el año 2009 me ha vinculado a las emergencias sociales. En las clases siempre he transmitido a mis alumnos la necesidad de una atención biopsicosocial a los pacientes, además de la humanización de la sanidad que debe hacerse presente en cada acción del futuro enfermero.

Con el objetivo de profundizar en mi investigación, realicé varios viajes a Madrid para investigar la actividad y los recursos de respuesta de los servicios de emergencias de la ciudad: SAMUR Social y SAMUR PC. Además visité el centro 112 de Pozuelo de Alarcón con la finalidad de investigar el proceso de llamada del alertante y la respuesta por parte de la plataforma 1-1-2 ante una emergencia social. También visité los recursos del SAMUR Social, como centros de PSH, pisos para mujeres con

hijos, la Unidad de Estancias Breves de la central del SAMUR Social. También pude presenciar las reuniones de los trabajadores sociales del SAMUR Social durante varias mañanas, y los vi dialogar acerca de cada caso social atendido en su turno de guardia, la intervención realizada, el recurso de respuesta y su seguimiento.

Para dotar de coherencia este trabajo y facilitar el seguimiento de la argumentación se ha optado por dividirlo en dos partes, siguiendo el formato clásico. La primera parte corresponde al marco teórico en el que se apoya la investigación realizada, y se divide en cuatro capítulos. En el primero de ellos se habla de las Políticas Sociales y el Estado del Bienestar como garante de los Derechos Humanos. En el segundo capítulo se muestra cómo ha sido en España el desarrollo de los Servicios Sociales como Sistema de protección social frente a las necesidades sociales. A continuación, en el capítulo tres se definen los conceptos de vulnerabilidad, exclusión, intervención social y atención a las emergencias sociales. Para pasar finalmente al capítulo cuatro en donde se explica cómo es la atención psicosocial y cuáles son los recursos socio-sanitarios que dan respuesta a la emergencia social.

La segunda parte corresponde a la investigación y detalla la metodología utilizada, que en la presente tesis ha sido cuali-cuantitativa. Por esa razón se describen y discuten los resultados obtenidos con metodología cuantitativa y después los de la aproximación cualitativa. Al final, se muestran las conclusiones generales y las propuestas.

Los anexos (entrevistas transcritas, codificaciones realizadas con el ATLAS-ti, ...) se encuentran en formato USB, dada su extensión.

## LISTA ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
ACEP	American College of Emergency Physicians
ADIF	Administración de Infraestructuras Ferroviarias
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AENA	Aeropuertos Españoles y Navegación Aérea
AGE	Administración General del Estado
AIETS	Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social
AMV	Accidente de Múltiples Víctimas
AOD	Ayuda Oficial del Desarrollo
APA	American Psychiatric Association
AVAPSA	Agencia Valenciana de Prestaciones Sociales Sociedad Anónima
AVC-ICTUS-ACV	Accidente Cerebrovascular
AVE	Acontecimientos Vitales Estresantes
AVS	Agencia Valenciana de Salud
BOE	Boletín Oficial del Estado
BNE	Biblioteca Nacional de España
CAISS	Centro de Información de la Seguridad Social
CAM	Centro de Acogida Municipal
CAST	Centro de Atención Social a Personas Sin Techo
CASU	Centros de Atención Sanitaria Urgente
CCAA	Comunidades Autónomas
CECA	Comunidad Europea del Carbón y del Acero
CECOP	Centro de Coordinación Operativa
CECOPAL	Centro de Coordinación Operativo de Emergencias Municipales



CECOPI	Centros de Coordinación Operativa Integrada
CEE	Comunidad Económica Europea
CEMUS	Centro para Apoyo a la Atención de Emergencias Colectivas
CICU	Centro de Información y Coordinación de Urgencias
CMSS	Centros Municipales de Servicios Sociales
COM	Comisión de las Comunidades Europeas
CSS	Centro de Servicios Sociales de la Zona
CUESB	Centro de Urgencias y Emergencias Sociales
DAFO	Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades
DAI	Dispositivo de Alojamiento Invernal
DEC	Derechos, Economía y Cobertura
DG	Dirección General
DGT	Dirección General de Tráfico
DOCE	Diario Oficial de las Comunidades Europeas
DOGV/DOCV	Diario Oficial de la Generalitat Valenciana/Comunidad Valenciana
DSM	Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
EAP	Equipo de Atención Primaria
EBDH	Enfoque Basado en los Derechos Humanos
ECMO	ExtraCorporeal Membrana Oxygenation
ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
EFQM	Fundación Europea para la Gestión de la Calidad
ESSPROS	European System of Integrated Social Protection Statistics
FAO	Organización para la Alimentación y la Agricultura
FET	Falange Española Tradicionalista

FITS	Federación Internacional de Trabajadores Sociales
FOESSA	Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada
FONAS	Fondo Nacional de Asistencia Social
FSE	Fondo Social Europeo
GU	Guardia Urbana
IASC	Inter-Agency Standing Committee
IBECS	Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud
IFEMA	Institución Ferial de Madrid
IGV	Indicador Global de Vulnerabilidad
IMED	Instituto Municipal de Educación
IMI	Instituto Municipal de Informática
IMSERSO	Instituto de Migraciones y Servicios Sociales
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales (antes INSERSO)
INAS	Instituto Nacional de Asistencia Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
INEM	Instituto Nacional de Empleo
INP	Instituto Nacional de Previsión
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IPC	Índice de Precios al Consumidor/Consumo
IRPF	Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas
IRS	Instituto de Reformas Sociales
ISO	International Standard Organization
IVAS	Instituto Valenciano de Acción Social
JONS	Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista

LISMI	Ley de Integración Social del Minusvalido
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MENAS	Menores Extranjeros/as no acompañados/as
MISSOC	Mutual Information System on Social Protection
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
NBQ	Nuclear, Biológico, Químico
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud (en inglés, WHO)
ONCE	Organización Nacional de Ciegos Españoles
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de Naciones Unidas
OUEP	Oficina para el Uso del Espacio Público
PC	Protección Civil
PCR	Parada Cardiorespiratoria
PEMU	Proceso de Actuación en Emergencias Ordinarias y Grandes Emergencias
PEV	Plan Económico Valenciano
PIA	Plan Individualizado de Atención
PSH	Persona Sin Hogar
PSOE	Partido Socialista Obrero Español
PTE	Plan Territorial de Emergencias
RAE	Real Academia Española
RAIS	Red de Apoyo a la Integración Socio-laboral
RMI	Rentas Mínimas de Inserción
ROMEO	Vehículo de Intervención de Apoyo Psicológico
RRHH	Recursos Humanos

SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SAD	Servicio de Ayuda a Domicilio
SAIP	Servicio de Atención e Información al Paciente
SAMUR	Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate
SAP	Servicio de Asistencia a Pensionistas
SAUS	Servicio de Atención a Urgencias Sociales y Apoyo y Colaboración en Emergencias de la Ciudad de Valencia
SECI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
SEEPROS	Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social
SEREM	Servicio Social de Rehabilitación y Recuperación de Minusválidos
SEM	Servicio de Emergencia Médica
SES	Servicio de Emergencias Sociales
SES-SAMU	Servicio de Emergencias Sanitarias-Servicio de Atención Médica de Urgencia
SEU	Servicio Especial de Urgencias
SG	Servicios Generales
SITADE	Servicio de Información Telefónica y Atención de Emergencia
SIUSS	Sistema de Información de Usuarios de los Servicios Sociales
SMUS	Servicio Municipal de Urgencias Sociales
SNS	Sistema Nacional de Salud
NNSS	Sistema Nacional de Seguros Sociales
SOVI	Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez
SOU	Servicios Ordinarios de Urgencias
SPEIS	Servicio de Prevención Extinción de Incendios y Salvamento
SSB	Servicios Sociales de Base
SUMMA	Servicio de Urgencia Médica de Madrid

SVA	Soporte Vital Avanzado
SVB	Soporte Vital Básico
TCE	Traumatismo Craneoencefálico
TES	Técnico en Emergencias Sanitarias
TMB	Transportes Municipales de Barcelona
TNA	Transporte No Asistido
UE	Unión Europea
UEB	Unidad de Estancias Breves
UNESCO	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
VIR	Vehículo de Intervención Rápida
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WHO	World Health Organization (en español, OMS)

## ÍNDICE DE TABLAS FUNDAMENTOS TEÓRICOS

<b>Tabla 1.</b> Necesidades básicas, intermedias y satisfactorias e indicadores sociales.....	100
<b>Tabla 2.</b> Desarrollo normativo de los Gobiernos Autonómicos en materia de Servicios Sociales .....	136
<b>Tabla 3.</b> Estructura de los órganos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.....	147
<b>Tabla 4.</b> Construcción de indicadores del factor pobreza .....	184
<b>Tabla 5.</b> La exclusión social desde una perspectiva integral .....	189
<b>Tabla 6.</b> Exclusión social: factores, grupos sociales y políticas .....	193
<b>Tabla 7.</b> Los tres ejes de la exclusión social.....	203
<b>Tabla 8.</b> Situaciones de emergencia social activadas en el centro coordinador 112 de la Comunidad de Madrid.....	215
<b>Tabla 9.</b> Pantalla de activación del SAMUR Social a través del 112 Comunidad de Madrid .....	242
<b>Tabla 10.</b> Recursos de alojamiento del SAMUR Social Madrid .....	295
<b>Tabla 11.</b> Recursos socio-sanitarios que dan respuesta a las emergencias sociales en la ciudad de Madrid y en Valencia-Comunidad Valenciana .....	301

## ÍNDICE DE TABLAS METODOLOGÍA

<b>Tabla 1.</b> Esquema metodológico del objetivo general 1 .....	317
<b>Tabla 2.</b> Esquema metodológico del objetivo general 2 .....	322
<b>Tabla 3.</b> Esquema metodológico del objetivo general 3 .....	332
<b>Tabla 4.</b> Diseño de las técnicas de recogida de datos .....	339
<b>Tabla 5.</b> Profesionales del SAMU que participaron voluntariamente en la cumplimentación de los cuestionarios de detección de necesidades sociales.....	342
<b>Tabla 6.</b> Participación según bases del SAMU.....	350
<b>Tabla 7.</b> Distribución diaria de las emergencias sociales atendidas por el SAMU .....	351
<b>Tabla 8.</b> Distribución mensual de las emergencias sociales atendidas por el SAMU.....	352
<b>Tabla 9.</b> Distribución horaria de las emergencias sociales atendidas por el SAMU.....	353
<b>Tabla 10.</b> Emergencias sociales atendidas por el SAMU en horario del SAUS .....	354
<b>Tabla 11.</b> Profesionales sanitarios del SAMU que realizan el formulario de detección de emergencias sociales .....	355
<b>Tabla 12.</b> Causa de detección de la emergencia social .....	355
<b>Tabla 13.</b> Edad del paciente valorado por el SAMU que presenta problemática social .....	356
<b>Tabla 14.</b> Género de las emergencias sociales atendidas por el SAMU .....	357
<b>Tabla 15.</b> Identificación de los pacientes con emergencia social atendidos por el SAMU.....	357
<b>Tabla 16.</b> Nacionalidad extranjera o no de los pacientes con emergencia social atendidos por el SAMU .....	358
<b>Tabla 17.</b> Colaboración del paciente durante la emergencia social atendida por el SAMU .....	358
<b>Tabla 18.</b> Número de pacientes con emergencia social que requieren traslado hospitalario por el SAMU para continuar el tratamiento .....	358
<b>Tabla 19.</b> Situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU .....	359
<b>Tabla 20.</b> Respuesta por parte del SAMU a la detección de la problemática social .....	361
<b>Tabla 21.1</b> Horario SAUS y respuesta del SAMU a la detección de la problemática social. Tabla de contingencia .....	363

<b>Tabla 21.2.</b> Horario del SAUS y respuesta del SAMU a la detección de la problemática social. Test Chi Cuadrado .....	363
<b>Tabla 22.1.</b> Horario del SAUS y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU. Tabla de contingencia.....	365
<b>Tabla 22.2.</b> Horario del SAUS y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU. Test Chi Cuadrado.....	365
<b>Tabla 23.1.</b> Género y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU. Tabla de contingencia .....	366
<b>Tabla 23.2.</b> Género y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU. Test de Chi Cuadrado .....	367
<b>Tabla 24.</b> Género y tipo de situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU.....	368
<b>Tabla 25.1.</b> Edad y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU. Tabla de contingencias.....	370
<b>Tabla 25.2.</b> Edad y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU. Test de Chi Cuadrado .....	371
<b>Tabla 26.1.</b> Petición de intervención social por el SAMU y requerimiento de traslado hospitalario del paciente. Tabla de contingencia.....	372
<b>Tabla 26.2.</b> Petición de intervención social por el SAMU y requerimiento de traslado hospitalario del paciente. Test de Chi Cuadrado.....	372
<b>Tabla 27.</b> Situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU que requieren traslado hospitalario .....	374
<b>Tabla 28.</b> Colaboración del paciente y situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU.....	377



## ÍNDICE DE FIGURAS FUNDAMENTOS TEÓRICOS

<b>Figura 1.</b> Visión sistémica del Trabajo Social y Política Social .....	54
<b>Figura 2.</b> Zonas de cohesión social y ámbitos influyentes en el proceso de exclusión.....	169
<b>Figura 3.</b> Situaciones de emergencia según complejidad y capacidad de respuesta .....	211
<b>Figura 4.</b> Representación de las distintas emergencias, grupos de afectados, subgrupos de mayor vulnerabilidad psicosocial y escenarios de atención social .....	259

## ÍNDICE DE FIGURAS METODOLOGÍA

<b>Figura 1.</b> Ubicación de las unidades móviles del SAMU participantes en el estudio.....	342
<b>Figura 2.</b> Participación según bases del SAMU .....	350
<b>Figura 3.</b> Distribución diaria de las emergencias sociales atendidas por el SAMU .....	351
<b>Figura 4.</b> Distribución mensual de las emergencias sociales atendidas por el SAMU .....	352
<b>Figura 5.</b> Distribución horaria de las emergencias sociales atendidas por el SAMU .....	354
<b>Figura 6.</b> Emergencias sociales atendidas por el SAMU en horario del SAUS.....	354
<b>Figura 7.</b> Profesionales sanitarios del SAMU que realizan el formulario de detección de emergencias sociales .....	355
<b>Figura 8.</b> Edad del paciente valorado por el SAMU que presenta problemática social.....	356
<b>Figura 9.</b> Situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU.....	360
<b>Figura 10.</b> Respuesta por parte del SAMU a la detección de la problemática social .....	361
<b>Figura 11.</b> Horario SAUS y respuesta del SAMU a la detección de la problemática social .....	364
<b>Figura 12.</b> Horario del SAUS y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU .....	366
<b>Figura 13.</b> Género y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU.....	367
<b>Figura 14.1.</b> Género y tipo de situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU .....	369
<b>Figura 14.2.</b> Género y tipo de situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU .....	369
<b>Figura 14.3.</b> Género y tipo de situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU .....	370
<b>Figura 15.</b> Edad y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU .....	371
<b>Figura 16.</b> Petición de intervención social por el SAMU y requerimiento de traslado hospitalario del paciente.....	372
<b>Figura 17.1.</b> Situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU que requieren traslado hospitalario .....	375
<b>Figura 17.2.</b> Situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU que requieren traslado hospitalario .....	376
<b>Figura 18.1.</b> Colaboración del paciente y situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU ..	378
<b>Figuras 18.2.</b> Colaboración del paciente y situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU ..	378

<b>Figura 19.</b> Las emergencias sanitarias como detectoras de necesidades sociales.....	381
<b>Figura 20.</b> La emergencia y visibilidad de necesidades sociales.....	383
<b>Figura 21.</b> Emergencias en personas sin hogar.....	384
<b>Figura 22.</b> Atención de emergencia en accidentes de múltiples víctimas y catástrofes.....	385
<b>Figura 23.</b> Crisis económica y situaciones de emergencias sociales.....	386
<b>Figura 24.</b> Detección de necesidades sociales por el SAMUR PC de Madrid.....	388
<b>Figura 25.</b> Detección de necesidades sociales por el SAMU de Valencia.....	390
<b>Figura 26.</b> Primeros detectores de necesidades sociales.....	391
<b>Figura 27.</b> Visibilidad de la emergencia social.....	393
<b>Figura 28.</b> Detección por el SAMUR Social de necesidades sociales.....	394
<b>Figura 29.</b> Detección de necesidades sociales por el SAUS.....	394
<b>Figura 30.</b> Colectivos vulnerables.....	395
<b>Figura 31.</b> Colectivos vulnerables en época de crisis.....	397
<b>Figura 32.</b> PSH vulnerables.....	399
<b>Figura 33.</b> Familia y protección frente a necesidades sociales.....	401
<b>Figura 34.</b> Intervención del SAUS ante las emergencias sociales en Valencia.....	403
<b>Figura 35.</b> Activación del SAUS ante la detección de emergencias sociales.....	406
<b>Figura 36.</b> Optimizar el SAUS para una mayor efectividad del servicio.....	408
<b>Figura 37.</b> Limitaciones del SAUS como servicio.....	410
<b>Figura 38.</b> Intervención del SAMUR Social en la ciudad de Madrid.....	411
<b>Figura 39.</b> Servicio potente de protección social en la emergencia por el SAMUR Social en Madrid.....	414
<b>Figura 40.</b> Premisas de intervención del SAMUR Social de la ciudad de Madrid.....	416
<b>Figura 41.</b> Figura profesional de intervención ante las emergencias sociales en el SAMUR Social.....	417
<b>Figura 42.</b> Derivación a los Servicios Sociales por el SAMUR Social.....	418
<b>Figura 43.</b> Intervención del SAMUR PC ante las emergencias sociales en Madrid.....	419
<b>Figura 44.</b> El SAMUR PC como detectores de emergencias sociales y de riesgo social.....	421
<b>Figura 45.</b> Intervención conjunta del SAMUR PC y del SAMUR Social en la ciudad de Madrid.....	422
<b>Figura 46.</b> Notificación de riesgo social en la emergencia por el SAMUR PC.....	423
<b>Figura 47.</b> Intervención del SAMU ante las emergencias sociales en Valencia.....	425

<b>Figura 48.</b> Necesidad de intervención conjunta del SAMU y el SAUS en Valencia.....	426
<b>Figura 49.</b> Activación del SAUS por el SAMU en la ciudad de Valencia .....	427
<b>Figura 50.</b> Desconocimiento del servicio SAUS por el SAMU en la ciudad de Valencia .....	429
<b>Figura 51.</b> Actuación conjunta del SAMU y del SAUS en la ciudad de Valencia .....	430
<b>Figura 52.</b> Necesidad de intervención hospitalaria psicosocial por el SAUS en la ciudad de Valencia	431
<b>Figura 53.</b> Recursos del SAUS ante las emergencias sociales en la ciudad de Valencia .....	432
<b>Figura 54.</b> Necesidad de recursos ante las emergencias sociales en la ciudad de Valencia .....	433
<b>Figura 55.</b> Gestión del recurso ante las emergencias sociales por el SAUS en Valencia.....	435
<b>Figura 56.</b> Afectación de la crisis a los recursos del SAUS en la ciudad de Valencia .....	436
<b>Figura 57.</b> Cartera de recursos potente del SAMUR Social en la ciudad de Madrid.....	437
<b>Figura 58.</b> Gestión de la intervención con recursos del SAMUR Social ante las emergencias sociales en la ciudad de Madrid.....	439
<b>Figura 59.</b> Recursos municipales y públicos del SAMUR Social de Madrid.....	441
<b>Figura 60.</b> Necesidad de ampliación de recursos en el SAMUR Social de Madrid.....	443
<b>Figura 61.</b> Fortalezas del SAUS como servicio de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia.....	445
<b>Figura 62.</b> Fortalezas del SAMUR Social como servicio de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Madrid.....	446
<b>Figura 63.</b> Atención biopsicosocial de emergencia de los Servicios Sanitarios y Sociales.....	447
<b>Figura 64.</b> Intervención integral de emergencia de los Servicios Sanitarios y Sociales.....	450
<b>Figura 65.</b> Necesidad de una abordaje integral de las emergencias por los Servicios Sanitarios y Sociales .....	452
<b>Figura 66.</b> Intervención conjunta de Servicios Sanitarios y Sociales de emergencia.....	454
<b>Figura 67.</b> Necesidad de intervención conjunta e integral del SAMU y del SAUS en la ciudad de Valencia.....	455
<b>Figura 68.</b> Necesidad de coordinación en emergencias por los Servicios Sanitarios y Sociales en la ciudad de Valencia .....	457
<b>Figura 69.</b> Coordinación multidisciplinar por el 112 ante las emergencias.....	459
<b>Figura 70.</b> Utilidad de los procedimientos en la intervención de las emergencias .....	461
<b>Figura 71.</b> Necesidad de procedimientos en los servicios de emergencias de Valencia.....	464
<b>Figura 72.</b> Procedimiento conjunto entre el SAMUR PC y el SAMUR Social en Madrid .....	465

<b>Figura 73.</b> Tipos de procedimientos de los servicios de emergencias .....	466
<b>Figura 74.</b> Esquema de la intervención socio-sanitaria con Silveria .....	469
<b>Figura 75.</b> La emergencia sanitaria como detectora de emergencia social por el SUMMA-112 en el caso Silveria .....	470
<b>Figura 76.</b> Colectivos vulnerables y mayores vulnerables en el caso Silveria .....	471
<b>Figura 77.</b> Intervención del SUMMA-112 en el caso Silveria .....	473
<b>Figura 78.</b> Intervención del SAMUR Social en el caso Silveria .....	474
<b>Figura 79.</b> Recursos del SAMUR Social en el caso Silveria.....	477
<b>Figura 80.</b> Fortalezas del SAMUR Social en el caso Silveria .....	480
<b>Figura 81.</b> Intervención integral y coordinación en el caso Silveria.....	481
<b>Figura 82.</b> Utilidad de los procedimientos en el caso Silveria.....	484
<b>Figura 83.</b> Propuesta de un nuevo recurso de intervención ante las emergencias sociales en la ciudad de Valencia.....	510



# **PARTE PRIMERA**

## **FUNDAMENTOS TEÓRICOS**





**CAPÍTULO 1**

**LAS POLÍTICAS SOCIALES Y EL ESTADO  
DEL BIENESTAR COMO GARANTÍA DE LOS  
DERECHOS HUMANOS**



Las razones que nos llevan a realizar una aproximación conjunta a las Políticas Sociales, el Estado del Bienestar y los Derechos Humanos radican en su interrelación, que intentaremos mostrar mediante un recorrido histórico. Los Estados del Bienestar han sido uno de los grandes logros de la civilización europea y un intento de combinar la responsabilidad individual con la social. En los momentos en que ha habido dificultades de crecimiento se ha producido una cierta restricción de los Derechos Sociales. En los inicios del capitalismo se trataba de una desigualdad entre clases sociales; hoy, la desigualdad, además de las diferencias de ingresos, también se concreta en itinerarios de exclusión social o de marginación, gentes que tienen graves dificultades para vincularse a los mecanismos de inclusión en una comunidad: trabajo, familia y lazos sociales, tema que trataremos en otro capítulo.

Los logros de la democracia dependen tanto del marco institucional como del vigor de su funcionamiento. No hay bienestar sin democracia, pero tampoco hay democracia sin bienestar. Las Políticas Sociales son un instrumento imprescindible para lograr una mayor igualdad, para formar parte de una sociedad, esto es, una igualdad como inclusión o, lo que es lo mismo, con derechos y deberes en tanto ciudadanas y ciudadanos de una colectividad. Una ciudadanía activa, preocupada por el porvenir de la humanidad, debe utilizar Políticas Sociales para ir trazando las sendas del arduo viaje a la igualdad.

Analizaremos los Derechos Sociales como derechos de igualdad entendida en el sentido de igualdad material o sustancial por la filosofía que inspira su positivización, desarrollo y garantía, por los fines a los que están orientados (compensación, remoción de desigualdades socioeconómicas) y por las técnicas normativas para cuya satisfacción se introducen en el Derecho a lo largo del desarrollo y despliegue del Estado Social.

Desde la perspectiva de los Derechos Humanos, la caridad por sí sola no es suficiente. En un Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH), los planes, las políticas y los procesos de desarrollo están anclados en un sistema de derechos y de los correspondientes deberes establecidos por el derecho internacional. Ello contribuye a promover la sostenibilidad de la labor de desarrollo, potenciar la capacidad de acción

efectiva de la población, especialmente de los grupos más marginados, para participar en la formulación de políticas, y hacer responsables a los que tienen la obligación de actuar. Por ello, la visión amplia de los Derechos Humanos debe estar arraigada para lograr el desarrollo humano sostenible. Cuando se respetan en la práctica a la vez que en principio, ambos conceptos conforman un círculo virtuoso que se refuerza a sí mismo.

En el siguiente epígrafe hablaremos de las Políticas Sociales, detallando sus antecedentes, y algunos conceptos como los de ciudadanía y democracia o la relación entre Política Social y Trabajo Social. Mostraremos el Estado del Bienestar, antecedentes, modelos y la situación en España y por último, nos detendremos en los Derechos Humanos y su enfoque, los Derechos Sociales y su reconocimiento.

El objeto del siguiente capítulo es ofrecer un recorrido histórico de la Política Social y el Estado del Bienestar en España desde sus antecedentes hasta la situación actual, junto al reconocimiento de los Derechos Humanos y los sociales, presentando la importancia de reconocer las necesidades sociales como problema social y su protección frente al bienestar y calidad de vida de la ciudadanía para su pleno desarrollo.

## 1.1 LAS POLÍTICAS SOCIALES

### 1.1.1 Introducción

La expresión Política Social ha tenido diversas significaciones en sus inicios (Política Social entendida como Política Laboral o Política Social como Política de equilibrio entre clases sociales) o las que se imponen después de la Segunda Guerra Mundial (Política Social como bienestar social, Política Social como difusión de ciudadanía social, Política social como expansión y desarrollo de la personalidad). Aunque se suele decir que la expresión Política Social la utilizó por vez primera el publicista Robert Von Mohl hacia 1845, en la realidad, su incorporación al lenguaje científico puede datarse en 1854, en un libro del economista Wilhem H. Riehl, registrándose la locución *Soziale Politik* para subrayar en esta novísima rama de la política una mediación entre sociedad civil o económica y el sistema político (Alemán, 2009).

Toda democracia moderna debe poseer unas Políticas Sociales, entendiendo éstas como las características que definen a los modernos Estados del Bienestar. Una primera aproximación a su significado nos lleva a analizar la palabra “Política”. En general, Política significa originariamente la habilidad y el conocimiento de los hechos precisos para la conducción y administración de la *polis*. El concepto expresa la acción sobre unos medios para la consecución de unos determinados fines y, por lo tanto, implica un cambio, una modificación, ya sea de situaciones, de sistemas o de prácticas de conducta. Éste es el sustantivo que define los significados de los diversos tipos de “Política”: Política Cultural, Política Económica, Política Educativa y, también, Política Social. Emplear el término “social” no sería más que subrayar que el hombre es un ser social. Desde esta perspectiva, todas las políticas, todas las acciones de gobierno o grupos son acciones sociales (Montagut, 2000).

La definición más corriente de “Política Social” es la que la describe como aquella política relativa a la Administración Pública de la asistencia, es decir, al desarrollo y dirección de los servicios específicos del Estado y de las autoridades

locales, en aspectos como salud, educación, trabajo, vivienda, asistencia y servicios sociales, política que tendría como finalidad la de paliar determinados problemas sociales o perseguir objetivos que generalmente son percibidos como respuesta a tales problemas. La Política Social supone aquella intervención pública que incide en el bienestar de las personas, ya sea cambiando, manteniendo o facilitando sus condiciones de vida (Montagut, 2000). Este es el enfoque que se desarrolla a partir de otros autores como Marshall (1965) y como Titmuss (1981) que aseveran que la política tiene un impacto directo en el bienestar de los ciudadanos/as, a base de proporcionarles servicios o ingresos. Además, cuando se emplea el término “Política Social” no debemos reaccionar automáticamente revistiéndolo con un halo de altruismo, preocupación por los demás, por la igualdad o por otros temas parecidos. La parte más importante está formada por la Seguridad Social, la asistencia pública (o nacional), los Servicios Sanitarios y de bienestar, la política de vivienda. Los efectos finales de una Política Social redistributiva suelen ser la reasignación de parte de poder sobre los recursos materiales y culturales de los ricos a los pobres, o de los que más poseen a los menos favorecidos, pero también puede tener resultados distintos: puede reforzar la posición de los más privilegiados (Montagut, 2000). Según Moix (1980), en la medida en que el bienestar de las personas se haga consistir en la posesión de bienes y en el acceso a los servicios, la preocupación central de toda Política Social girará en torno a su producción y distribución. Puesto que se juzga preferiblemente tener más que menos, será sumamente importante producir, pero también lo será distribuir bienes que se produzcan, puesto que se admite que cada individuo tiene cierto derecho al producto nacional bruto. Para una Política Social que contemple esencialmente al hombre como consumidor, no hay problema más crucial que el de la penuria. La Política Social, entendida como una actuación del Gobierno en un determinado campo, es un ámbito de la Política Económica, y esto nos sitúa en un punto central: la relación entre Política Social y la Económica. La imposibilidad de establecer fronteras debido a los estrechos vínculos que unen los dos ámbitos sitúa este problema en el campo de las relaciones y conflictos. Desde el pensamiento liberal - con Adam Smith- y también desde posiciones críticas –a partir de Karl Marx-, la economía ocupa un papel central en las relaciones sociales. El hecho de entender el progreso como una consecuencia del desarrollo

económico ha comportado que una gran parte de los estudios sobre las Políticas Sociales se hayan enmarcado, con alguna excepción, en la perspectiva económica. El nexo inevitable entre política económica y Política Social ha producido que las distintas concepciones sobre esta última pivoten alrededor del conflicto presente hoy en los Estados capitalistas modernos: hacer compatibles los objetivos de la acumulación del capital con los de la protección social. Es decir, la legitimación de las democracias ligado a las luchas sociales vinculadas a las necesidades y conflictos de cada momento histórico (Montagut, 2000). Según Alemán (2009), la Política Social puede concebirse como una mediación entre lo que conviene desde un punto de vista político y lo que es posible según el cálculo económico, siempre desde el monopolio de la acción pública.

En sus inicios, el concepto de Política Social, como conjunto bien ensamblado, pudo aparecer referido a una acción racionalizadora, planificada y garantizada por el Estado, que se manifiesta a través de sus tres poderes: legislativo, ejecutivo y judicial. La ordenación jurídica, los debates parlamentarios, las Administraciones Públicas fueron recogiendo cometidos progresivamente más sociales y se fueron ampliando los servicios e instituciones públicas de asistencia (Fernández y de la Fuente, 2009).

La Política Social es, ante todo, una cuestión de justicia y de libertad. Debe perseguir en todo momento la justicia social, que exige que cada persona tenga posibilidad de realizarse plena y libremente, suprimiendo cuantas trabas u obstáculos se opongan a ello, ofreciendo alternativas a la pobreza y a la ignorancia, otorgando a las personas mayores posibilidades y opciones, para que pueda desarrollarse y perfeccionarse al máximo según su libre albedrío, con la máxima ayuda de la sociedad. En esta línea, algunos autores como Moix (1980: 11) define la Política Social como *“la ciencia que estudia toda acción organizada o profesional, ejercida sobre el individuo o sobre la comunidad o sobre ambos a la vez, que afecte directa e inmediatamente a la posibilidad del libre perfeccionamiento y desarrollo integral del hombre, es decir, a la posibilidad de su plena y libérrima realización personal, que es en lo que se cifra el imperativo de la justicia social”*.

En el contexto en que aparecen las primeras Políticas Sociales, tienen un alto contenido de objetivos e imperativos morales. La consideración de igualdad entre las personas, los Derechos Humanos o los Derechos de Ciudadanía provocan una acción de gobierno con un intento de conseguir esa deseada igualdad. Por tanto, la Política Social está también vinculada de alguna forma a los Derechos de Ciudadanía (Montagut, 2000). Es necesario afrontar las causas estructurales de desigualdad, y para ello es necesario reforzar el Estado de Bienestar, extender sus prestaciones para que todo ciudadano pueda ejercer sus derechos en las circunstancias adecuadas, y también es necesario diseñar las Políticas Sociales desde un impulso ético vinculado con la igualdad de los seres humanos (Fernández y de la Fuente, 2009).

El conocimiento de los cambios producidos en la población –pasados, presentes y también los previstos para el futuro- constituye un antecedente esencial para el análisis de la Política Social. Pero también aspectos como la transformación de instituciones básicas como la familia y la posición social de las mujeres; las divisiones de clase y de estatus y los cambios en la desigualdad social. El análisis de los sistemas de bienestar no puede escapar a la investigación sobre las diversas opciones de valores. En lo referente a la Política Social deberíamos exponer con la mayor claridad posible las elecciones de valores con las que se enfrentan las sociedades, ya se refieran a los accesos a la sanidad, a la protección, a la educación o a otros servicios que entrañan relaciones sociales y sistemas de creencias (Montagut, 2000). Según Fernández y López (2008), en toda cultura juegan un papel fundamental los valores, entendidos como aquellos principios que rigen el comportamiento y permiten diferenciar lo bueno de lo malo, lo aceptable de lo detestable en un entorno dado. Existe toda una fundamentación ética de la vida común que se expresa a través de relatos, ejemplos, normas de comportamiento y leyes. Esta urdimbre de valores permite la comunicación y la interacción sobre la base de un proyecto común, una noción de naturaleza humana ligada a dichos valores. En este sentido, la ciudadanía, la igualdad y el derecho a encontrar una estructura de oportunidades que permita ejercer dicha ciudadanía conforman la base sobre el que se levantan los valores de nuestra sociedad.



Los objetivos últimos de la Política Social son la cobertura de las necesidades y la reducción de las tensiones sociales. Las necesidades son un producto o resultado de la acción humana y evolucionan y se transforman formando parte del proceso histórico: por eso se suele hablar de necesidades sociales. Las personas tienen, además de las necesidades materiales básicas, necesidades emocionales y culturales. Un tema como el de la pobreza plantea a quien la sufre, además de la falta de recursos monetarios, un problema de marginación y de aislamiento “de exclusión social”, lo cual incrementa el grado de desigualdad y potencia los problemas sociales. Vinculado al tema de las necesidades humanas encontramos el concepto de problema social. El reconocimiento de la existencia de un problema social es tan difícil de precisar como la necesidad social. La evidencia de un problema social depende de dos fuentes: por una parte de la existencia de carencias y por otra de la decisión del grupo social en el que se presente, de que dicha carencia es un problema social. Así diremos que la Política Social “se ocupa” de los problemas sociales (Montagut, 2000). De acuerdo a las Heras y Cortajanera (1985), la necesidad en los seres humanos es conseguir los medios que le son propios para su mantenimiento y desarrollo. La necesidad se manifiesta en un estado de carencia de medios para satisfacer las aspiraciones humanas; y esta carencia puede ser particular y social. Las carencias particulares son aquellas carencias que no comprometen más que a los individuos. Las carencias sociales comprometen, en mayor o menor grado o extensión, a la sociedad y sólo de ésta puede recibir la solución adecuada. El estudio, tratamiento y desarrollo de las necesidades sociales constituye una actividad pública dominante y así la calidad de vida y el bienestar general encuentran las mejores condiciones de pleno desarrollo.

Según Bueno (1992) el concepto de necesidad se encuentra íntimamente ligado al reconocimiento y definición de las carencias y de la organización de la sociedad para satisfacerlas. Designando e identificando los problemas, asume una función de diagnóstico de la problemática social, y al mismo tiempo promoviendo las ayudas requeridas para solventar ese estado de necesidad, asume una función prescriptiva. Como vemos, el concepto de necesidad muestra su carácter central en la definición y desarrollo de Políticas Sociales.

Podríamos decir que tan Política Social es el intento de adaptar el individuo a la comunidad, como el de adaptar la comunidad al individuo o ajustar mutuamente ambos. Tan incluidas en su campo quedan la ordenación, estructuración o reestructuración de la sociedad, a fin de crear nuevas estructuras sociales o reformar las ya existentes, como la ayuda prestada a los individuos, a los grupos o a las comunidades para que puedan aprovechar y beneficiarse al máximo de las posibilidades y ventajas que la sociedad les ofrece, o la programación conjunta de tales objetivos mediante la planificación global del desarrollo social. La Política Social comprende así todo el campo del bienestar social y el Trabajo Social en todas sus ramas.

### **1.1.2 Los antecedentes**

Parece necesario detenerse al menos brevemente en la historia de la acción social y el conocimiento de su evolución para comprender la dinámica que ha seguido la Política Social en los Estados modernos. Por asistencia social o acción social se entiende la manera utilizada por una sociedad para tratar aquellos individuos o grupos carentes de recursos necesarios para llevar una vida mínimamente digna en cada momento histórico. Según las Heras y Cortajarena (1985) la acción social supone el marco operativo de la Política Social.

A lo largo de la historia de España, el desarrollo de la Política Social fue paralelo al de otros países europeos. Durante el Antiguo Régimen, los entonces denominados *hospitales* –que se situaban al lado de los monasterios- acogían indistintamente enfermos, peregrinos o pobres. Con el nacimiento de las ciudades aparecen también los hospitales urbanos fundados por los gremios. Las *Casas de Misericordia* o los *albergues* eran centros de corrección, de enderezamiento de los desviados y, en última instancia, de enseñanza de oficios; lugares de reclusión y control para los pobres indigentes. Hasta el siglo XVII, la mentalidad conservadora y la tradición medieval fueron los valores predominantes. La política asistencial, como responsabilidad pública, aparece a partir de la Ilustración. La Seguridad Social moderna o Política Social de protección a los ciudadanos tiene dos aspectos: el primero es un conjunto de medidas de previsión de riesgos futuros; un seguro para hacer frente a

posibles sucesos que pudieran ocurrir. Básicamente, se trata de una previsión frente a la falta de ingresos ocasionada por falta de trabajo. El segundo aspecto tiene que ver con las medidas asistenciales que se ponen en funcionamiento para cubrir las necesidades. Estos dos aspectos de las políticas protectoras se van desarrollando a lo largo de casi dos siglos (Ibídem, 1985). El papel de la Iglesia católica juega un papel importante en la asistencia sobre todo en los primeros siglos de historia asistencial.

Las medidas de previsión tienen su origen en las *Cofradías* o *Hermandades de Socorro* -de profesiones o dependientes de gremios-, su desarrollo sucede en la primera mitad del siglo XVIII. La función más importante era la ayuda monetaria que prestaban en caso de enfermedad a sus miembros y permitía al enfermo ser atendido -durante un mes- en su propio domicilio. Las mujeres de los artesanos tenían también cofradías específicas destinadas a la cobertura de un seguro por maternidad. Estas organizaciones se autofinanciaban con las cuotas mensuales aportadas por sus miembros. Los montepíos vinieron a sustituir a partir de 1780, a las cofradías con un funcionamiento muy similar y podían tener carácter público o privado. El *Monte de Piedad*, de origen religioso, tenía como objetivo el prestar dinero -sin intereses- mediante el empeño de prendas u objetos de valor. En el campo existía también un sistema de previsión, los *pósitos*, que eran depósitos de grano, institución de crédito rural y abastecían de pan a los pueblos a precios más ajustados (Montagut, 2000).

En relación a las medidas de asistencia, las nuevas ideas de la Ilustración comportan que la caridad de siglos anteriores se vaya sustituyendo con la obligación de trabajar para todas aquellas personas capaces de hacerlo. El mundo de la pobreza pasa a ser clasificado en función de la capacidad o no de trabajar, de tal forma que sólo serán dignas de ayuda aquellas personas que hubieran perdido su modo de subsistencia o tengan algún impedimento para el trabajo. Para el resto de personas sin oficio se pondrán en funcionamiento medidas para forzar el trabajo y reprimir “la vagancia”. Para acoger a aquellas personas que no tienen medios para subsistir se crean los *hospicios*, institución que se extiende por todo el territorio nacional, definiéndose como una institución de carácter benéfica destinado a recoger mendigos, vagabundos y marginales

(Fernández y de la Fuente, 2009). Los hospicios privan la libertad de los acogidos e incorporan una fuerte disciplina en su interior, considerándose un lugar de castigo o se asocian a una prisión. Eran habitados por una población muy heterogénea: desde el niño abandonado hasta el viejo incapaz o el mendigo sin domicilio ni ocupación, pero también acogía a personas que estaban cumpliendo penas por pequeños delitos y aquellos niños difíciles que son enviados por sus familias solicitando ayuda en su educación.

La Constitución de 1812 atribuía la competencia de la enseñanza y la asistencia sanitaria públicas a los ayuntamientos. Pero la falta de recursos y de continuidad política, imposibilitaron su puesta en práctica. Hasta bien entrado el siglo XIX, las medidas represivas de asistencia social siguen siendo las predominantes. Ahora bien, las nuevas situaciones económicas y políticas del siglo XIX, con la influencia del movimiento obrero de un lado, y de las ideas reformistas y del catolicismo social, del otro, obligan a replantear la atención a las necesidades derivadas de las nuevas relaciones sociales de trabajo. Los hospicios ya no responden a las nuevas necesidades de la segunda mitad del siglo XIX (Montagut, 2000).

Durante el XIX, la asistencia social se destaca por un menor peso de la Iglesia. A lo largo del siglo, la política benéfico-asistencial se centra en la asistencia familiar. La *Ley de Beneficencia* de 1822, sustituirá la asistencia de la Iglesia en la acción social y su carácter benéfico asistencial por una Política Social de carácter liberal (Fernández y de la Fuente, 2009). La Ley establecía la sustitución de la asistencia caritativa de origen eclesiástico por la beneficencia liberal gestionada por los municipios y provincias. Se preveía la creación de las maternidades, los asilos y los hospitales, así como la implantación del socorro domiciliario. En cambio, a partir de la ley de Beneficencia de 1849 que recortaba las atribuciones de los ayuntamientos y reforzaba las competencias provinciales, se dio paso a la creación de un sistema, organizado en forma piramidal, con una Junta General, unas Juntas Provinciales y una Juntas Municipales que tendría amplios poderes de actuación sobre la inadaptación social. Esta estructura llegó hasta el Franquismo.

Y el papel de la Iglesia católica que durante tantos años había venido dominando gran parte de la enseñanza y la desamortización de la asistencia, de los bienes eclesiásticos de 1836 y 1844, representó la pérdida de su control. Esta pérdida creó un fuerte malestar y una presión del Vaticano que acabó con la firma del Concordato de la Santa Sede en 1851 entre España y el Vaticano, en donde se autorizaba la adquisición de propiedades y la creación de órdenes religiosas para cuidar a los pobres y necesitados. Así, en el último tercio del siglo se crearon muchas órdenes religiosas, en su mayoría congregaciones religiosas femeninas con el objetivo de atender las necesidades sociales. Contaban con hospitales, hospicios, casas cuna, residencias, escuelas y misiones, así como importantes recursos económicos para llevar a cabo su trabajo, con lo que su protagonismo se vio fortalecido a finales del siglo XIX.

Junto a la Ley de Beneficencia y como resultado de la organización de los trabajadores, con referencia a la previsión social, se potencian otras instituciones como las de *socorro mutuo* o las entidades crediticias. Las sociedades de socorro mutuo son agrupaciones de socios que socorren a sus miembros en caso de enfermedad, imposibilidad o muerte. Se potencian también los Montes de Piedad y las primeras Cajas de Ahorro con la doble función de constituir organismos de previsión y entidades de crédito. La necesidad de una intervención estatal va prosperando y así, en 1889 se presenta la propuesta de creación de una Caja Nacional de Previsión que no llegó a aprobarse.

Los manicomios, prisiones, escuelas, medidas de higiene, ensanches en las ciudades, fomento de ahorro y la propiedad, y la asistencia domiciliaria fueron las principales instituciones que permitieron poner orden y a su vez propiciar las primeras medidas de Política Social.

En la Política Social moderna y en el ámbito mundial se va extendiendo el debate sobre la necesaria intervención estatal en el campo social. También la Iglesia católica va modificando su postura en el mismo sentido. La Encíclica *Rerum Novarum* del Papa León XIII en 1891, propugnaba una actuación social tripartita entre Iglesia, Estado y grupos sociales interesados. Reconocía la legítima intervención del Estado por

medio de leyes protectoras, así como las aportaciones de la Iglesia en el terreno doctrinal y un modelo mixto de acción social. La Iglesia católica, a fines del XIX, cambia de estrategia, dando paso al “catolicismo social” que apoya la democracia y fomenta la creación de sindicatos obreros y centros sociales en los barrios de los trabajadores.

Con la Industrialización en el siglo XVIII y XIX, el auge económico va acompañado del nacimiento de otro tipo de pobreza, la del obrero, con una alta tasa de mortalidad y morbilidad y numerosos problemas de salud derivados de las condiciones del trabajo, de la vivienda y de la alimentación. Ante esta situación, el Estado crea la Comisión de Reformas Sociales, dependiente del Ministerio de Gobernación al objeto de mejorar el bienestar de la clase obrera vigilando cuáles son sus causas y condicionantes (Fernández y de la Fuente, 2009). La Comisión es una institución compuesta por conservadores católicos y krausistas. Para los primeros, la pobreza se justificaba tanto por la inferioridad intelectual, psíquica y moral de las clases trabajadoras como por su función espiritual, ya que permitía la caridad y la santificación del rico, con lo que sus propuestas aportaban poca innovación. Los Krausistas aportaron aires de transformación con sus propuestas de políticas reformistas de fomento de la cultura -entendida como moralidad-, tanto entre las clases trabajadoras como en el conjunto social, y de fomento del corporativismo. Todos los estudiosos del Krausismo señalan al movimiento Kraus-institucionalista, como muestra de actitud integral y talante irreprochable: todo un intento de moralizar la vida social y de activar el pensamiento liberal y progresista.

Desde estas ideas, Francisco Giner de los Ríos fundó en 1876 la *Institución Libre de Enseñanza*, proclamando el principio de la libertad e inviolabilidad de la ciencia, el cual pretendía formar hombres útiles al servicio de la humanidad y la patria. Tal institución pasó a partir de 1881, a tener una gran influencia en la política educativa estatal.

Todo este clima de transformación provoca que se empiecen a aplicar las primeras leyes de protección social. Las primeras fueron las de obligación de descanso

dominical y las de protección a las mujeres y a los niños. La Política Social del siglo XX español dibuja un proceso discontinuo entre períodos de dictadura y de democracia que impiden un avance progresivo de las políticas de protección.

En la etapa de los comienzos de la Política Social moderna y de regulación del mercado de trabajo, se crea el *Instituto de Reformas Sociales* (IRS), en 1903. Sus objetivos eran realizar estudios sobre problemas sociales y del trabajo, así como elaborar proyectos de ley sobre el mercado laboral. El IRS supone una institución que no sólo plasma la preocupación existente en los poderes públicos acerca de la “cuestión social” (ver anexo 1) sino que es la materialización de la relación entre patronos y obreros, como máxima expresión del desarrollo de la política social de un país en proceso de modernización (Fernández y de la Fuente, 2009). Así mismo, el IRS tenía encomendado el estudio de “*todas las cuestiones que directamente interesen a la mejora y al bienestar de las clases obreras, tanto agrícolas como industriales, y que afecten a las relaciones entre capital y trabajo*” (Montalvo, 2003: 116). Una de las mayores contribuciones del IRS fue la apuesta por el rigor científico, el estudio serio y documentado, en el tratamiento de las materias económicas y socio-laborales, constituyendo un referente obligado en el estudio y análisis posteriores de las diversas ramas de las Ciencias Sociales.

En este período se aprobaron leyes importantes, como las de 1904 *Ley de descanso dominical de los trabajadores*; 1909 *Ley de Huelgas*; 1911 *Ley de Construcción de “Casas baratas”*; 1919 *Ley de Regulación del horario laboral máximo 8h/jornada*, *Ley de retiro obrero* y *Ley de seguro frente al paro forzoso*; 1922 2ª. *Ley de “Casas baratas”*.

La promulgación de estas nuevas leyes, permitía que los trabajadores pudieran reclamar los derechos que de ellas derivaban. En el año 1920 el IRS se convirtió en organismo consultivo al crearse el Ministerio de Trabajo; fue disuelto por Primo de Rivera en 1923, se restableció en los años treinta y permaneció hasta inicios de los ochenta. La urbanización deficiente y las condiciones ínfimas de vivienda era uno de los factores que más repercutían en las condiciones de vida de las clases trabajadoras. Se

acometen importantes medidas de política urbana con el objetivo de conseguir unas viviendas más higiénicas que mejoraran las condiciones de vida y propiciaran una mayor productividad del trabajo. También se inician políticas de descentralización regional, la *Ley de Mancomunidades Provinciales* de 1913 que permite la creación de “Mancomunidades” a partir de la unión de diversas Diputaciones provinciales. En Cataluña, la Mancomunitat de Cataluña (entre 1914 y 1923) fue el embrión de una institución de autogobierno, cuyo objetivo era el de mejorar y transformar las condiciones generales de producción, actuando sobre las condiciones de vida de los trabajadores, e incidió en la distribución de los gastos destinados a beneficencia, sanidad, enseñanza e investigación.

La organización de la sanidad se basaba en la *Ley de Sanidad* de 1855, que establecía la obligación de que los municipios prestaran asistencia médico-farmacéutica a las familias pobres de su comunidad. Esta ley se amplía en 1904 con la obligación de que los ayuntamientos realizaran mejoras higiénicas a las viviendas, regulación y control de la higiene en las escuelas y de los escolares, inspección de alimentos y bebidas y vacunación de la viruela. También este año se crea un Consejo Superior de Protección a la Infancia, adscrito al Ministerio de Gobernación. El Consejo contaba con Juntas Provinciales y Locales, encargadas del control y del cumplimiento de las leyes, de vigilancia y control, de gestión de Reformatorios y Tribunales Tutelares de Justicia que, a partir de 1918, fueron la auténtica jurisdicción penal para los menores de edad y cuya vigencia llegó hasta finales del Franquismo.

A partir de 1904, con la Instrucción General de Sanidad se diseña una política de multiplicidad de los seguros sociales (retiro obrero, enfermedad, invalidez, maternidad, accidentes de trabajo), coordinados a partir de 1908 por el Instituto Nacional de Previsión (INP), cuyo objetivo es el de difundir y propiciar la previsión popular a partir de pensiones de retiro frente a la invalidez o a la vejez. De 1908 a 1918 fue una etapa organizativa y de carácter subsidiario en lo referente a la previsión, que quedó claramente establecida a partir de 1919. En España, el seguro por maternidad legislado



en 1922 se puso en funcionamiento en 1931 y a finales de 1934 se incluyó dentro de los seguros obligatorios del INP en base a un seguro unificado.

Un paso importante en el desarrollo de la Política Social fue el período de la II República (1931-1936) por dos aspectos: políticas de mercado laboral -con legalización de sindicatos, incrementos salariales y reducciones de jornada laboral- y por la *Ley de creación de una Caja Nacional* contra el paro forzoso de 1931 y la *Ley de Paro* de 1935, y políticas de educación, que destinaron gran cantidad de recursos a políticas de formación.

En 1933 se aprueba la *Ley de Vagos y Maleantes*, también conocida popularmente como “la Gandula”, para el control de la considerada “desviación social” que incluía el tratamiento a “mendigos, rufianes sin oficio conocido, proxenetes y, más adelante, también a homosexuales” (Fernández y de la Fuente, 2009). Era una ley presente buena parte del siglo XX, introducía medidas de control, alejamiento y retención de individuos desviados y peligrosos para el orden social establecido. No obstante, esta ley, fue utilizada para el control arbitrario de aquellas personas no gratas al régimen Franquista.

La Guerra Civil y la larga Dictadura Franquista representaron no solo la pérdida de libertades sino también un cambio importante en la Política Social que se había ido dibujando hasta esos momentos. El partido único *Falange Española Tradicionalista y de las Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista* (FET y de las JONS) surgió como consecuencia de la unión de los dos grandes grupos políticos que actuaron durante la guerra en la zona nacional. La *Ley de Unidad Sindical* de 1940 prohibía explícitamente la existencia de toda otra organización sindical que no fuese la FET y de las JONS.

En 1938 se aprobó el *Fuero del Trabajo* inspirado en el *Foro del Lavoro* de Mussolini, que estipulaba la protección de los obreros y la necesidad de introducir un esquema de seguros, aunque sin especificar cómo debía concretarse y qué tipo de riesgos debían cubrirse. El Fuero del Trabajo puede considerarse como la Carta Magna de la Política Social del Franquismo hasta 1960 (Añón y García, 2004).

La Dictadura representó la negación de todas las libertades, y afectó en gran manera a la educación, con una censura rígida de toda clase de libros. En definitiva: enseñanza confesional de acuerdo con la moral y el dogma católico y politización de la educación.

La política de asistencia social Franquista durante la etapa de la autarquía se caracterizaba por ser claramente regresiva -con valores fuertemente tradicionales- y de carácter benéfico y asistencial. La regulación de la asistencia se regía todavía por la *Ley de la Beneficencia de 1849* y estuvo vigente hasta finales de los años sesenta. La primera institución social pública después de la guerra fue la *Obra de Auxilio Social*, integrada como obra de la Falange y bajo la tutela del Ministerio de Gobernación. Sus funciones eran básicamente las de atención a los niños, a los indigentes, a las embarazadas y parturientas y de “*todas aquellas necesidades benéficas que el Estado le encomiende por acto de delegación especial según el Decreto de 17 de mayo de 1949*” (Montagut, 2000: 166). La *Obra de Protección de Menores* y el *Patronato de Protección a la Mujer*, dependían del Ministerio de Justicia. Los seguros de accidentes, maternidad, retiro obrero, enfermedad, subsidio familiar, régimen especial agrario, desempleo y plus familiar seguían siendo gestionados por el INP. El Retiro Obrero fue sustituido, en 1939, por el Subsidio de Vejez e Invalidez.

El *Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez* (SOVI) de 1947 concedía pensiones de cuantía fija para mayores de 65 años y mayores de 60 años en situación de discapacidad. Además del SOVI se potenció la creación de mutualidades laborales, conformadas por trabajadores de una misma rama industrial o de servicios, bajo la supervisión y coordinación del Estado. Las mutualidades proveían beneficios por jubilación, discapacidad, larga enfermedad, viudedad y orfandad, lo que configuró una doble estructura en la organización de la previsión social. El *Seguro Obligatorio de Enfermedad* sólo atendía a un sector muy limitado de la población y con muy pocas prestaciones como la Atención Primaria, la gratuidad de algunos medicamentos y hospitalización por operaciones.

La “apertura” del régimen Franquista incidió en el diseño de las estructuras de la Política Social moderna. La *Ley de Bases de la Seguridad Social* tiene como objetivo unificar los distintos programas existentes en un Sistema Nacional de Seguros Sociales (SNSS) y la implantación de un modelo unitario e integrado de protección social (Fernández y de la Fuente, 2009). La citada ley se configura como un sistema de solidaridad nacional frente a riesgos individuales, con carácter obligatorio y estatal, con el mecanismo financiero de reparto (Añón y García, 2004). Se crearon Fondos Nacionales que vinculaban las recaudaciones de determinados impuestos y ahorros con determinadas finalidades sociales. El primer intento de establecer un Sistema de Servicios Sociales fue en 1961 con la creación del *Fondo Nacional de Asistencia Social* (FONAS) y en 1962, la *Dirección General de Promoción Social*. Las principales actuaciones del FONAS fueron los programas asistenciales y la concesión de pensiones para personas ancianas, enfermas y sin recursos económicos. Su financiación procedía únicamente de impuestos especiales y, posteriormente, de una parte de los Presupuestos del Estado y el resto de la recaudación de impuestos sobre el juego. Los programas asistenciales se dirigían a tres colectivos: ancianos, enfermos e inválidos para el trabajo y personas con minusvalías psíquicas y sensoriales. En 1963 se aprobó la *Ley General de Seguridad Social* entre cuyas funciones se encuentra la de coordinar los antiguos Servicios Sociales y la Beneficencia. En 1966, los Servicios Sociales de la Seguridad Social amplían sus prestaciones a todos los beneficiarios. En el año 1967 se diseña la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social y en 1972 se expande la protección social (Montagut, 2000). En 1974 se crearon el *Servicio de Rehabilitación y Recuperación de Minusválidos* (SEREM) que tuvo actuaciones en el campo de la formación y en la gestión de centros especiales, y el *Instituto Nacional de Asistencia Social* (INAS), antes *Instituto Nacional de Auxilio Social* (Fernández y de la Fuente, 2009).

Como ya hemos dicho, la Iglesia católica tuvo una incidencia destacada en los Servicios Sociales desde la Encíclica *Rerum Novarum* de 1891 y durante el Franquismo. En el año 1942 se creó el *Secretariado Nacional de Caridad*. Hacia final del decenio se impulsó la creación de órganos diocesanos con el objetivo de generar una acción social que superara la tradicional acción benéfica y que dio paso a la

constitución, en marzo de 1960, de *Cáritas Española*, como entidad benéfico-social de la Iglesia católica y que cumpliría un importante papel en la atención a las necesidades sociales. Se promovieron centros sociales para la participación de la comunidad y para servicios básicos, así como diversos servicios, desde guarderías, comedores o residencias a bibliotecas y cooperativas. Todo ello constituía un Sistema de Servicios Sociales moderno, aun a pesar de ser de iniciativa privada y tener un carácter fuertemente religioso, sirviendo la estructura de Cáritas como modelo (Montagut, 2000).

En el ámbito educativo, el *Libro Blanco de la Educación* publicado en febrero de 1969 supuso un paso de suma importancia para la renovación del Sistema Educativo. La *Ley General de Educación* aprobada en 1970 suponía una educación obligatoria y gratuita -hasta los 14 años-.

Con la muerte del General Franco, en noviembre de 1975, se avanza hacia la recuperación de la democracia y el inicio del Estado del Bienestar en España. Según Montagut (2000: 169) “*Un Estado del Bienestar no solamente representa la adopción de determinadas políticas sociales, sino que requiere también una plena democracia que permita un amplio pacto social con la prestación de servicios generalizados a toda la población –no solo a los trabajadores- a cambio de la contribución con impuestos*”.

El Estado del Bienestar en España comienza en 1977 con las primeras elecciones democráticas después del Franquismo, celebradas el 15 de junio, y que permiten recuperar el marco institucional de tipo democrático e instaurar un verdadero Estado protector. El cambio democrático en el momento de la transición (1975-1982) se caracterizó por: el predominio del carácter y orientación benéfica; la filosofía paternalista y compasiva; la idea de la ayuda individual; la falta orientación preventiva y el apoyo a la autonomía individual; se encuentra desvinculado de la vida comunitaria del territorio donde está implantado; responde a la idea global de establecimiento, no de las necesidades sociales; se basan más en la buena voluntad que en la consideración técnica de los problemas sociales; los centros existentes tienden a ser especializados, con falta de instancias de información, orientación y canalización; poca presencia del

sector público, predominio del privado; carácter marginal de la financiación, como consecuencia de la consideración graciable de las prestaciones; descoordinación y falta de planificación (Fernández y de la Fuente, 2009).

El *Estado del Bienestar* en España se inicia con los Pactos de la Moncloa, firmados el 25 de octubre de 1977, que constituyen el primer elemento de la democracia española. En ese momento histórico, la economía española atraviesa por una grave situación, caracterizada por importantes desequilibrios como una elevada tasa de inflación, un desarrollo insatisfactorio de la producción con cifras elevadas de paro y un fuerte desequilibrio en los intercambios en el extranjero. Los representantes del Gobierno y de los diversos partidos políticos con representación parlamentaria responden al citado desequilibrio mediante dos tipos de acciones: las dirigidas a equilibrar la economía con actuaciones a corto plazo y las encaminadas a la realización de importantes reformas que encaucen la economía y la sociedad española hacia un futuro de libertad y progreso, mediante acuerdos políticos y económicos. Los acuerdos políticos son la base de la Constitución de 1978, y los económicos incidían en el control de la inflación y en la creación de empleo. El desarrollo de la normativa constitucional ha dibujado la descentralización administrativa y política de España en 17 Comunidades Autónomas (CCAA) y ha permitido consolidar la democracia e integrar España en la Unión Europea (UE).

Varios son los cambios que han transformado España a partir de 1982, año en el que se considera realmente consolidada la democracia. Cabe dar mención al reconocimiento de los Derechos de Ciudadanía –Derechos civiles, políticos y sociales-, debiendo ir emparejados a la obligatoriedad de la existencia de políticas públicas, expresamente incluidas en los textos constitucionales, orientadas a la promoción y sostenimiento de Sistemas Públicos de Servicios Sociales suficientes para la atención a personas y grupos y dirigidas al logro de su pleno desarrollo personal y social, así como a la eliminación de causas y efectos de las diversas formas de marginación y exclusión social (Fernández y de la Fuente, 2009).

Para finalizar con los antecedentes, hacemos mención a los cambios recientes en las políticas de otros países. Según Montagut (2000), en los últimos años se han venido modificando algunos aspectos en los que se han endurecido las condiciones para tener acceso a determinados beneficios. En los sistemas de pensiones, en muchos países, la edad oficial de jubilación ha aumentado, alrededor de los 65 años, al mismo tiempo que se han ido introduciendo medidas para reducir las cuantías de las pensiones. Se ha frenado la política de jubilaciones anticipadas que había conducido a que alrededor de la mitad de los hombres entre 55 y 64 años no siguieran trabajando. En la creación de ocupación, se han propiciado políticas de creación de empleo más activas. Hay un reconocimiento general de que, frente a la falta de ingresos, los subsidios no son suficientes para hacer frente a los problemas del desempleo y la exclusión social. En la sanidad, las políticas han sido de poner límites, tanto a los gastos de los servicios nacionales de salud como a los fondos de seguros sanitarios. En asuntos de asistencia social, la reducción de la exclusión social y de la dependencia del Estado de amplios colectivos, es uno de los objetivos primordiales de lucha contra la pobreza. La ayuda a los discapacitados se ha ido canalizando a oportunidades de ocupación y en todos los países se han establecido acuerdos para cubrir los costes de cuidados como parte de los sistemas de protección social.

### **1.1.3 El Estado como instrumento de la acción política**

Se puede entender como Estado, una forma de organización política y jurídica, que conlleva la existencia de un poder dominante sobre la población en un determinado territorio, considerándose el elemento más importante para articular y desarrollar nuestra sociedad. El poder, la población y el territorio suponen elementos fundamentales. Un pueblo, será tal cuando los hombres que lo forman compartan unos mismos principios jurídicos que perdurarán en el tiempo, generación tras generación, mientras que los ciudadanos/as que lo componen cambian. Se equipara la idea de Estado con una unidad permanente de personas asociadas. Por poder podemos entender la capacidad de imponer nuestra voluntad a los demás. En palabras del sociólogo Max Weber *“el poder es la posibilidad de que una persona o varias realicen su propia*

*voluntad aún en contra de la oposición de otros*” (Fernández y de la Fuente, 2009: 17). Las teorías marxistas destacaron el poder y la dominación de la figura del Estado como algo que era intrínseco a él, como un aparato de coacción y represión a través del cual la clase dominante mantiene su dominación. Desde esta perspectiva, el Estado sólo sería un instrumento de dominación al servicio de una clase social. El territorio es la tierra o espacio físico sobre el que se asienta el Estado, el espacio en el que el poder del mismo puede desarrollar su actividad específica. Es el límite al poder que pueden ejercer otros Estados.

La Política Social supone una actividad eminentemente estatal que, dando un carácter peculiar a una época histórica, se realiza jurídicamente en un doble sentido: globalmente a través de la socialización del derecho, específicamente, por medio de su configuración institucional a través del impuesto, la meritocracia, la negociación laboral y el aseguramiento colectivo, en sus diferentes variantes. El impuesto es una manifestación del poder estatal, instrumento esencial para toda Política Social. La meritocracia supone habilitar las condiciones del desarrollo personal, mediante el reconocimiento del derecho al trabajo, resaltando su conexión con las posibilidades de mejora de las “condiciones de partida” que ofrece una sociedad a los individuos que la integran. Indudablemente, la educación aporta al bienestar meramente una dimensión psicosocial que nunca debería perderse de vista. La negociación laboral, cuya primera especie de negociación es la individual, instituida a través del contrato de trabajo, constituye el derecho del trabajo. El convenio colectivo es la segunda especie de negociación y la última, es el llamado conflicto colectivo (huelga y cierre patronal). El aseguramiento colectivo, hace referencia a la Seguridad Social y las políticas sanitaria y urbanística en su sentido más amplio, la Política Social de vivienda que en España arranca con la política de las “casas baratas”, consolidadas a partir de 1920. El acceso a la vivienda no es otra cosa que la expresión más importante del acceso a la propiedad como principio de una determinada concepción de la Política Social (Aleman, 2009).

El Estado constituye una realidad jurídico-política. Se suele dar en sociedades que han alcanzado un grado alto de complejidad, provocando o favoreciendo que las

sociedades a su vez evolucionen y se hagan más complejas. Será en las sociedades complejas en las que aparezca una institución que monopoliza la autoridad al mismo tiempo que los instrumentos para hacer cumplir sus decisiones.

El origen del Estado moderno como forma de gobierno, debemos situarlo entre los siglos XV y XVI, alcanzando su mayor apogeo en el siglo XVII. En la transformación del Estado medieval al Estado moderno tuvieron mucha influencia los importantes cambios socioeconómicos que se produjeron durante la época. Los privilegios feudales fueron suprimidos, los ejércitos privados se fueron eliminando y la administración de la justicia pasó a ser asunto real, al igual que la recaudación de impuestos. La nueva clase burguesa pasó a relacionarse con los “asuntos del Estado”. De ella procedían los nuevos asesores leales al rey, caracterizados por su capacidad para los asuntos de Estado y que aportaron a éstos orden, eficacia y continuidad. Supone la formación de la burocracia, entendiéndola como una estructura jerárquica y ordenada, compuesta de funcionarios que se vincularán al Estado de una forma continua y que tendrán unas funciones claramente definidas. Otro de los aspectos que influyeron en todo este proceso fue la pérdida del poder de la Iglesia respecto a los reinados, y la consiguiente independencia frente al papado de los Estados que se irán conformando. El resultado final será un Estado en el que el monarca ha asumido de forma progresiva poder y competencias, reafirmando su autoridad sobre un territorio determinado marcando unas fronteras, administrando la justicia, la fiscalidad y la burocracia. En el siglo XVI se pueden hallar las primeras formas del Estado Moderno a través de Maquiavelo en su obra *El Príncipe*, un manual sobre el arte del gobierno. Maquiavelo considera que el éxito en la política será el éxito en el uso del poder (Fernández y de la Fuente, 2009).

Desde ese momento, el modelo de Estado imperante en todas las sociedades capitalistas fue el Estado liberal o burgués, basado en la doctrina del liberalismo económico. Las funciones son únicamente las de mantener el orden y el control con el fin de garantizar el buen funcionamiento de las sociedades (Montagut, 2000). El Estado liberal surgió como reacción a las monarquías absolutas. En el proceso de cambio



destacan las revoluciones francesa (1789), inglesa (1648 y 1688) y norteamericana (1776), así como la hegemonía de la burguesía que consolidó su poder económico, social y político, y provocó el paso de las monarquías absolutas al Estado liberal. Desde un punto de vista político, se plantea la política como una acción encaminada para la obtención del bien común. El poder y la autoridad deben estar limitados, fundamentados en la propia voluntad de los hombres, quienes serán sujetos de derechos y libertades. Las características del Estado liberal que se configurará como un Estado de Derecho son: Imperio de la ley: ley como expresión de la voluntad general, división de poderes: legislativo, ejecutivo y judicial, legalidad de la Administración: actuación según la ley y suficiente control judicial y derechos y libertades fundamentales: garantía jurídico-formal y efectiva realización material (Fernández y de la Fuente, 2009).

La crisis del Estado liberal y la democracia como respuesta a la crisis fueron consecuencia de las propias contradicciones a lo largo del siglo XIX. Desde el punto de vista político, el sufragio censario entraba en conflicto con las ideas de libertad e igualdad. Desde el punto de vista económico, las ideas iniciales de alcanzar un bienestar colectivo basado en un capitalismo sin regulación o intervención por parte del Estado, nunca se materializaron. Imperaba un mercado capitalista en el que se maximizaba el beneficio y cuya consecuencia más directa fue la explotación y la miseria para extensos grupos de población. Según las Heras y Cortajarena (1985), el fracaso de las doctrinas liberales en el siglo XIX fue definitivo. Nunca más en adelante se apelará a las leyes “naturales” de la economía, ni a los mecanismos autorreguladores sociales. Tampoco se aceptará ya como ideal supremo del Estado la no intervención en la sociedad. El Estado no seguirá siendo un mero testigo neutral de lo que pasa en la sociedad. No podrá lavarse las manos, como había hecho durante la época de la industrialización. Las soluciones al agotamiento y crisis del modelo de Estado liberal fueron la creación de estados democráticos, transformación lenta si tenemos en cuenta que hasta después de la Segunda Guerra Mundial no se pudo consolidar. Entre los procesos de cambio debemos destacar la extensión y el reconocimiento de los derechos y libertades políticas, derechos sociales y económicos de los ciudadanos. Los Estados comenzarán a intervenir en economía, se establecerán sistemas de Seguridad Social, se pondrán en marcha

políticas fiscales de tipo redistributivo, y se asegurarán unas condiciones de vida mínima para toda la ciudadanía, a través de sistemas de protección social y Servicios Sociales universales. A este modelo de Estado se le denominará Estado del Bienestar ya que el objetivo último será el bienestar social de todos los ciudadanos del Estado.

Según Monereo (1995), el tipo de Estado del Bienestar es una respuesta a la creciente necesidad de regulación de las relaciones sociales y económicas, cada vez más complejas, y a la agudización de los conflictos entre clases en el capitalismo avanzado, definiendo el Estado moderno como *“el monopolio de la fuerza, que se ejerce mediante la afirmación de los principios de autoridad y de soberanía (confiere al Estado la condición de fuente suprema de producción de las normas jurídicas) y la organización burocrática (Estado administrativo; es decir, un Estado de servicios públicos). El Estado es una unidad organizada de decisión y acción política; un centro de poder (unidad de dominación territorial soberana) y acción producido por múltiples fuerzas. El Estado moderno constituye la organización suprema de la dinámica conflictual presente en la estructura social”* (Ibídem, 1995: 8). De ahí que la autonomía relativa del Estado respecto de las clases y grupos sociales existentes en una formación social dada sea condición política necesaria para el desempeño del papel del Estado capitalista avanzado en tutela y representación de dichas clases sociales y grupos sociales y para la organización política de la hegemonía de la totalidad del conjunto social.

#### **1.1.4 La ciudadanía, democracia y Política Social**

La historia de los siglos XVIII, XIX y XX es también la historia de la lucha por la extensión de los Derechos de Ciudadanía no sólo a la denominada democracia política (derecho de voto) sino también a la democracia educativa (educación al alcance de todos, y el Estado como garante de que dicha posibilidad se pueda llevar a cabo por cualquier persona en cualquier lugar dentro de sus fronteras), y la democracia económica (reducción de jornada de trabajo, derechos de los trabajadores...). Los sueños por configurar una sociedad en la que sea posible la felicidad, la realización personal y el ejercicio de la ciudadanía se expresan en las utopías renacentistas, en los movimientos democráticos, en la evolución en Occidente de la teología protestante, en

la teología católica y en la acción de partidos políticos y sindicatos, dando lugar a una marea democratizadora. Las aspiraciones por una mayor democracia, que alientan en la lucha contra la pobreza a nivel mundial, conllevan la búsqueda de un sistema económico y social compatible con el medio ambiente y con la dignidad de todos los habitantes del planeta, viéndose reforzadas por la evolución de las nuevas tecnologías. Según Fernández y de la Fuente (2009: 87-88), son necesarias unas *“aspiraciones a una mejor democracia que articule las diversas dimensiones de la vida social que chocan con las tendencias exclusógenas que caracterizan al nuevo capitalismo informacional: generan riqueza, pero también generan nuevas jerarquizaciones, nuevas formas de desigualdad, y refuerza en parte las viejas formas de desigualdad y pobreza preexistentes”*. *“Los procesos de exclusión social, y las consecuencias de las nuevas innovaciones científico-tecnológicas, reclaman un nuevo consenso social, un nuevo “metarrelato”, basado en la noción de ciudadanía, la igualdad de todas las personas y la configuración estructural de nuestro entorno para hacer posible el ejercicio de un proyecto personal, grupal y comunitario”* (Fernández y López, 2008: 92).

Tanto la democracia como sistema de organización y toma de decisiones de las sociedades modernas, como el Estado del Bienestar, como sistema de prestación de servicios que permite el ejercicio práctico de la ciudadanía, responden a un planteamiento ético: la igualdad de todos los ciudadanos/as. Iguales ante la ley, iguales como miembros de la sociedad, las personas demandamos unas condiciones estructurales que permitan, tanto en el terreno jurídico como en el económico y el político, ejercer dichos derechos sin necesidad de reclamarlos. La ciudadanía democrática exige una determinada configuración de la sociedad (Ibídem, 2008). Ya T. H. Marshall, en su clásico ensayo, concibió la ciudadanía como el conjunto de derechos civiles, políticos y sociales conseguidos –de forma progresiva– por los individuos desde los inicios del capitalismo. Los derechos civiles son necesarios para el ejercicio de las libertades individuales, siendo estos derechos *“unas garantías de unos niveles mínimos de bienestar y seguridad económica que permitan a todos los individuos vivir de acuerdo con los estándares de vida prevalecientes en una sociedad”* (Montagut, 2000: 38).

El concepto de “ciudadanía social” (ver anexo 1) supone conectar el concepto de pertenencia al Estado (ciudadanía) y el reconocimiento de los Derechos Sociales, de forma que todos los ciudadanos tienen derecho a un mínimo nivel de bienestar en el que se garanticen recursos económicos, laborales, educativos, sanitarios y políticos (Añón y García, 2004; Monereo, 1995).

Es necesario afrontar las causas estructurales de la desigualdad, para ello es necesario reforzar el Estado del Bienestar, extender sus prestaciones para que todo ciudadano pueda ejercer sus derechos en las circunstancias adecuadas, y también es necesario diseñar las Políticas Sociales desde un impulso ético vinculado con la igualdad de los seres humanos. Las nuevas y viejas formas de desigualdad y de exclusión social operan en un entorno caracterizado por la expansión de las nuevas tecnologías y la reestructuración del sistema de producción capitalista. La emergente estructura de oportunidades y riesgos puede ser aprovechada de mejor manera si se tienen fuertes lazos sociales, si el capital social de una sociedad determinada es más intenso, y si existe la capacidad de organizarse para alcanzar objetivos comunes. Es necesario también crear nuevos lazos, fortalecer la interacción social, dirigir la política social hacia otros objetivos que finalmente redunden en el mayor valor añadido de invertir en la zona como puede ser la mejora de los sistemas educativos. Por otra parte, la globalización pone de relieve la vigencia de fortísimas desigualdades a nivel global, que también demandan políticas sociales globales para hacerles frente, extendiendo el modelo de Estado del Bienestar a todos los ciudadanos del mundo.

En las sociedades democráticas, experimentamos la necesidad de agruparnos para defender intereses colectivos, que de otra forma no pueden ser resueltos. Es necesario vincularse con los demás, establecer proyectos colectivos, experimentar la solidaridad, el afecto y la cooperación altruista, más allá de una meta económica concreta. En este sentido, podemos comprender el potencial autorrealizador que tiene la interacción con los otros bajo un modelo teórico en el que se les concibe como sujetos: sólo desde la mirada del otro, podemos recuperar nuestra identidad como seres autónomos. Sólo interactuando con ciudadanos, basando nuestras redes sociales en

códigos de ciudadanía (como la reciprocidad altruista, la honestidad, el interés común, el respeto, la capacidad de llegar a acuerdos basándonos en la racionalidad de los argumentos, en la confianza, o en el esfuerzo colectivo para hacer posible estructuralmente que cada uno pueda ejercer dicha ciudadanía, que cada persona pueda emprender un camino de autorrealización de sus potencialidades como sujeto), podemos encontrar una mirada en la que se nos reconozca como ciudadanos (Ibídem, 2008).

*“La condición previa para vivir una vida como ciudadanos iguales es poder hacer frente a los desafíos, problemas y oportunidades, y para ello tenemos que aumentar nuestras capacidades personales y comunitarias, siendo capaces de organizarnos colectivamente para afrontar desafíos estructurales que no pueden ser resueltos desde una perspectiva sólo y exclusivamente individual”* (Fernández y de la Fuente, 2009: 102).

Para profundizar en la noción de ciudadanía, en el proyecto de bienestar propio de nuestras sociedades democráticas y en su dimensión comunitaria, los antropólogos han constatado elementos comunes entre diversas sociedades, *“cuando estos componentes se encuentran en todas o casi todas las culturas, se denominan “universales culturales”* (Fernández y López, 2008: 88). A pesar de las dificultades para establecer la existencia de universales culturales claramente definibles, en cada cultura podemos detectar pautas de comportamiento y de pensamiento relacionadas con la supervivencia en el medio ambiente, la reproducción, la organización del trabajo y del reparto de los bienes y servicios que se producen, la organización de la vida doméstica y de las relaciones entre las personas, las familias, los grupos y las comunidad. *“La ciudadanía, la igualdad y el derecho a encontrar una estructura de oportunidades que permita ejercer dicha ciudadanía conforman el suelo sobre el que se levantan los valores de nuestra sociedad en los inicios del siglo XXI”* (Ibídem, 2008: 89).

Lo que se hace presente en las sociedades actuales es el nuevo concepto de ciudadanía, donde lo importante serán las relaciones de reciprocidad y de justicia. Este nuevo paradigma supera el carácter asistencial de los Derechos Sociales de la época industrial e insiste en los derechos del hombre. La nueva ciudadanía debe crear una

integración de los sistemas de servicios institucionales (público y no público) del bienestar, y el sistema de las redes primarias y formales del servicio, es decir, unir la ciudadanía de los servicios institucionales y la ciudadanía de la solidaridad primaria. La realización de los derechos de nueva ciudadanía aparece como criterio principal de legitimación y de actividad del Estado moderno. Esta nueva ciudadanía debe incluir los derechos civiles, los políticos y los sociales y debe ser apoyada tanto desde el sistema de los servicios institucionales del bienestar como desde el sistema de redes primarias e informales del servicio. *“De esta manera se entiende la ciudadanía como un sistema completo de los derechos del individuo en cuanto persona humana inserta en una forma social concreta y vital”* (Bueno, 1992: 53).

### **1.1.5 La Política Social y Trabajo Social**

La relación del Trabajo Social con la Política Social se deriva de su posición privilegiada en relación con las personas y con la Administración Pública. Si nos remontamos en la historia aparece una vinculación original aunque desfasada en el tiempo. La Política Social en su sentido más amplio se remonta a lo época griega, pero el trabajo social como lo conocemos hoy tiene menos de un siglo, si bien encierra una particularidad, primero surgieron las personas que lo ejercían y posteriormente el método y la teoría. Visto así, se puede afirmar que coinciden en la intención original: satisfacer las necesidades que las personas no pueden afrontar por sí mismas de acuerdo con la convención social de cada momento histórico. No obstante, el vínculo más claro aparece con el surgimiento del Estado del Bienestar, el consenso sobre los Derechos Sociales y la organización de las respuestas públicas a las necesidades de la población. En ese contexto, el Trabajo Social cobra especial relevancia como actor privilegiado en la aplicación de medidas previstas en las políticas sociales principales. Ambos enfrentan un importante reto: promover el desarrollo de la ciudadanía, en cuanto inciden en la superación de las desigualdades generadas en el mercado.

El Trabajo Social surge a finales del siglo XIX vinculado a los procesos de precarización de las condiciones de vida de las gentes que se trasladan a las zonas urbanas, atraídas por los requerimientos de mano de obra de la incipiente

industrialización que también es el impulso definitivo al desarrollo del sistema capitalista. En cuanto a su finalidad parece existir consenso para afirmar que se centra en lograr la adaptación recíproca entre las personas y su medio social. Con la intervención se espera producir un cambio en una situación de malestar, si bien se puede tratar de un cambio adaptativo que se centra en modificar las variables personales para restablecer el equilibrio con el medio, o de un cambio integrador que implica la intervención con el medio para variar las circunstancias que impiden a la persona formar parte de él. Así, entendemos el Trabajo Social como *“la profesión encargada de ayudar a las personas a tomar consciencia de sus necesidades y de sus capacidades personales, de manera que las puedan utilizar para lograr sus objetivos. Esto es promover la autonomía personal mediante la orientación entendida como el proceso de ayuda para tomar decisiones, al tiempo que interviene en el medio en que se encuentra para promover la integración social efectiva. Esta intervención con el medio significa intervenir en los asuntos colectivos, por lo tanto en los niveles familiar, grupal y comunitario, además de en los sistemas que condicionan o limitan su desarrollo”* (Fernández y de la Fuente, 2009: 313).

Según Montagut (2000: 26), se denomina “Trabajo Social” a la *“actividad dirigida a atender y cubrir las necesidades de las personas, colectivos o sectores de la población que se hallan en situación de carencia. Se ocupa del bienestar y los intereses de las personas o grupos más vulnerables o que sufren desigualdades o desventajas; son marginados o rechazados y que, a veces, pueden poner en peligro la anhelada convivencia social. Tiene una doble función: de un lado, representa un trabajo dirigido a la protección de las personas, familias y grupos en el medio social en el que viven tratando de evitar, en lo posible, dificultades de convivencia. Los responsables del trabajo social deben de aceptar dos hechos: 1) que las demandas de servicio que reciben están más relacionadas con los fracasos que con los éxitos de la política social, con independencia del tipo de sociedad en la que trabajen, y 2) que cubren una importante función de control social”*.

El Trabajo Social es una disciplina y una actividad socialmente construida que varía según los momentos y los contextos socio-históricos, aunque su base epistemológica y ética se mantiene, aportando identidad y cohesión por encima de los avatares de cada momento y de las circunstancias locales. Desde Aristóteles y la *polis* hasta los modernos Estados del Bienestar, los valores y las normas que sostienen el modelo de convivencia han ido cambiando para adaptarse a las expectativas de cada momento. Al igual que la estructura y los componentes de las necesidades, son universales y atemporales, lo son los valores centrales (la libertad, la justicia, la igualdad...) que inspiran al ser humano y al Trabajo Social. En lógica coherencia, la Política Social también ha sido construida para intentar dar respuesta a las necesidades que cada contexto social ha planteado. El Trabajo Social se encarga de tratar directamente con los problemas y con las necesidades sociales que impiden el desarrollo de las personas, así puede contribuir en esta fase del proceso proporcionando la información resultante de la sistematización del conocimiento de la realidad en la que interviene. Existen procedimientos generales pensados para obtener una visión agregada de las necesidades de la población, es el caso del *Sistema de Información de Usuarios de los Servicios Sociales* (SIUSS) que se realiza en el ámbito nacional. Este tipo de mecanismos permiten conocer las demandas expresadas, por tanto, inferir los problemas que se deben atender (Fernández y de la Fuente, 2009).

No debemos obviar el Trabajo Social comunitario, que comienza en la persona en tanto que miembro de una comunidad: busca cambiar su escala de valores, su corazón y sus actitudes, de forma que pueda liberar sus capacidades para actuar con otros, para ser uno mismo, para ser con otros y para afrontar retos colectivos que condicionan estructuralmente sus posibilidades de desarrollo personal, comunitario y social. Se trata de una dinámica de retroalimentación constante. Al potenciar los aspectos fundamentales de la vida personal con la dinámica comunitaria, aumenta el bienestar y el nivel de autosatisfacción interno y mejoran las relaciones con los demás, generando mayor bienestar comunitario. El resultado final es “*un fortalecimiento o empowerment de la persona que a su vez se convierte en fortalecimiento o empowerment comunitario*” (Fernández y López, 2008: 116). Las Heras y Cortajarena



(1985: 111), nos hablan de la *“asistencia social en relación al desarrollo comunitario como técnica para la obtención de bienestar y desarrollo social integral, incrementando la solidaridad en una sociedad competitiva, que trata de encerrarnos a cada uno en nuestra mónada particular e individualista”*.

Según Fernández y de la Fuente (2009), el Trabajo Social se puede ubicar según la figura 1, en el centro en cuanto “sistema profesional unipersonal”, si bien se extiende a los demás niveles según se desarrolle en un contexto organizativo u otro. Mientras la Política Social forma parte del macrosistema (incluye los valores culturales, las creencias y sucesos históricos) en cuanto representación de las ideas y las concepciones sociales dominantes, así aparece junto con las creencias sobre determinados aspectos que condicionan el ejercicio del Trabajo Social y la propia realización de su contenido. La consideración social de la pobreza determinará que se diseñe una u otra política para combatirla y ésta proporcionará un determinado marco para el desarrollo de la intervención desde el trabajo social. En la figura 1, se ha representado algunas de las “Políticas Sociales” junto con ciertas consideraciones macrosociales relevantes y una pocas de las posibles ubicaciones del Trabajo Social, también los microsistemas principales (como complejos de relaciones entre la persona y el entorno).

A continuación mostramos la figura 1 sobre la visión sistémica del Trabajo Social y la Política Social.

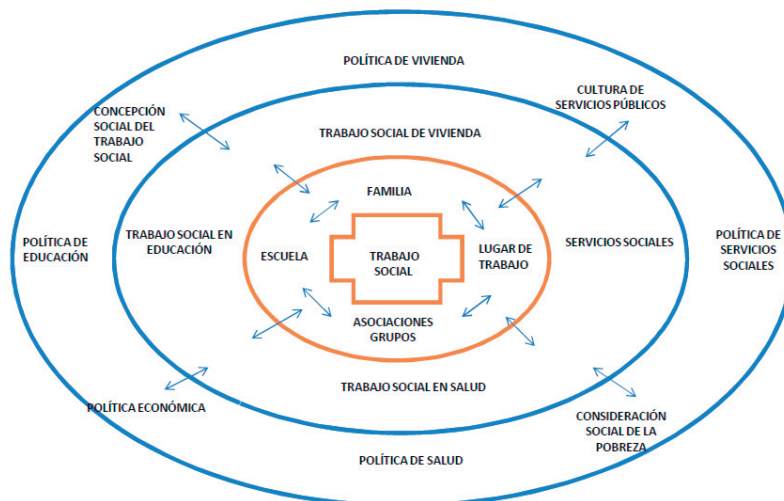


Figura 1. Visión sistémica del Trabajo Social y Política Social. Fuente: Fernández y de la Fuente, 2009: 31

Este entramado de relaciones nos permite “visualizar” los “actores” implicados en este análisis: la persona como ente individual (sistema persona-profesional del Trabajo Social y sistema persona usuario/cliente de los Servicios Sociales), las agrupaciones formales (escuela) o informales (grupo de amigos), las organizaciones de Servicios Sociales y de Trabajo Social (conjunto de profesionales con identidad corporativa) y la Política Social, entendida como una de las manifestaciones de la Administración Pública que mediante la Administración Social (cualquier organismo de la Administración Pública con responsabilidad en el desarrollo de los Servicios Sociales, por ejemplo la Consejería de Bienestar Social) pone en marcha los servicios y las prestaciones que recibirá la ciudadanía.

Durante la fase de implementación de cualquier acción proveniente del marco general de la Política Social, los trabajadores sociales toman decisiones que afectan al resultado último que la medida aplicada tiene en quien la recibe, repercutiendo por tanto en el efecto global de la política en cuestión. El Trabajo Social desarrolla sus funciones

(prevención, asistencia, promoción, rehabilitación, gerencia y administración e investigación) en los diferentes niveles contextuales. De acuerdo al objetivo que persiga con su acción estará en uno u otro, así la planificación estratégica se ubicará en el macrosistema (el conjunto de medidas políticas previstas encajadas en las concepciones sociales dominantes en cada momento) mientras la gestión de ayudas económicas estará en el exosistema (Servicios Sociales, Trabajo Social en salud, en educación, etc.) y el trabajo familiar se ubicará en el microsistema familia (la persona, la familia, el grupo, las organizaciones, la “comunidad”, la escuela, etc.). Así, la misión del Trabajo Social sería construir -o reconstruir- vínculos estables, sanos y fluidos entre los sistemas y entre éstos con las personas, para mejorar el bienestar individual como paso previo a la mejora del bienestar social.

Podríamos decir que los límites del espacio de relación preferente entre el Trabajo Social y la Política Social los establece la política de Servicios Sociales, cuya implementación da lugar a diversas manifestaciones (prestaciones, servicios, programas, etc.) contenidas en el Sistema de Servicios Sociales. Cabe recordar aquí las particulares características del Sistema de Servicios Sociales español, en tanto sistema descentralizado que carece de normativa estatal que lo articule para garantizar la igualdad constitucional. Ello se debe a que las competencias en materia de Servicios Sociales corresponden a las CCAA (artículo 148 de la Constitución Española de 1978) aunque el Estado central (artículo 149 de la Constitución Española de 1978) conserva algunas y las Administraciones Locales (*Ley de Bases de Régimen General de 1985*) tienen otras. Esto supone un esfuerzo adicional para quienes ejercen el trabajo social en tanto que deben tener en cuenta el funcionamiento y la naturaleza de las distintas fuentes, al tiempo que supone un reto para la coordinación de las acciones que se ponen en práctica, más allá de controlar los riesgos de solapamiento o de ausencia de respuestas adecuadas a las necesidades de la gente con la que trabajan. Como la Política Social, el Trabajo Social se desarrolla sobre un dilema, debe conciliar las virtudes de la descentralización -la cercanía- con las amenazas a la igualdad básica de los españoles que pueden suponer las diferencias interterritoriales.

Cabe añadir, que una parte de las manifestaciones operativas principales de las Políticas Sociales son las prestaciones y los servicios dispuestos para que las personas hagan uso de ellas en aras de satisfacer sus necesidades. De hecho, en el ejercicio de la función asistencial los trabajadores sociales se ocupan básicamente de valorar la situación, informar sobre las alternativas disponibles para su solución, ayudar en el proceso de toma de decisiones y gestionar la elección para hacerla efectiva. Se puede decir, que son los encargados principales de gestionar y administrar los recursos y las prestaciones que ofrecen los diferentes sistemas de protección social haciéndolos efectivos a la ciudadanía (Fernández y de la Fuente, 2009).

## **1.2 EL ESTADO DEL BIENESTAR**

### **1.2.1 Introducción**

El Estado del Bienestar es, según Monereo (1995: 13) *“aquella forma de organización del poder político en la comunidad que comporta una responsabilidad de los poderes públicos en orden a asegurar una protección social y bienestar básico para sus ciudadanos. Implica la provisión pública de una serie de Servicios Sociales, incluyendo transferencias para cubrir las necesidades humanas básicas de los ciudadanos de una sociedad compleja y cambiante y la responsabilidad estatal en el mantenimiento de un nivel mínimo de vida a todos los ciudadanos pertenecientes a la comunidad política”*. Desde esta perspectiva, el Estado del Bienestar es la encarnación de los Derechos de Ciudadanía social. Para Bueno (1992) debe hacer posible y compatibles la libertad, la igualdad y la seguridad.

Por otra parte, Montagut (2000), denomina Estado del Bienestar a una forma de organizar la vida social -política y económica- en las democracias capitalistas.

Esping-Andersen (1993: 37) lo define *“como la noción que implica una responsabilidad del Estado para asegurar unos mínimos básicos de protección social para sus ciudadanos”*.

Para Alemán (2009), el concepto de bienestar presenta diversas acepciones dependiendo del país en el que se analice: en el entorno de países de la UE el concepto de Estado del Bienestar se utiliza junto al de protección social, en donde los diversos agentes mencionados, incluido el Estado, intervienen en la provisión de bienestar social.

### 1.2.2 Los antecedentes del Estado del Bienestar

La mayor parte de los autores coinciden en marcar como antecedente próximo de lo que actualmente se conoce como Estado del Bienestar el momento posterior a la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) (Montoro, 1997; Alemán, 2009; de Dios y Torres, 2010; Felipe, 2004; Montagut, 2000; Monereo, 1995; Bueno, 1992). Sin embargo, es posible encontrar antecedentes remotos del mismo en las denominadas Leyes de Pobres<sup>1</sup> o en la legislación social alemana promulgada por el Canciller Bismarck<sup>2</sup>.

Se puede distinguir en los Sistemas de Bienestar tres momentos diferenciados en el tiempo: el período de experimentación (1870-años 20 del siglo XX), el período de consolidación (1930-1940) y el período de expansión (1940-1960).

---

<sup>1</sup> Las *Leyes de Pobres* fueron adoptadas durante la época de los Tudor en Inglaterra con el fin de hacer frente a los problemas derivados de la disolución de las instituciones encargadas de la caridad, imponiendo penas por mendigar o vagar y diferenciando entre los pobres discapacitados (enfermos, ancianos), los pobres capaces de trabajo y los pobres recalcitrantes, estableciendo las Casas de la Caridad para los primeros –en la que los pobres incapaces recibían atención-, las Casas de Industria para los segundos -en las que los pobres capaces podían trabajar- y determinando el envío a prisión de los pobres recalcitrantes. Su importancia en la génesis del Estado del Bienestar se deriva del hecho de que introdujeron la noción de responsabilidad de la sociedad sobre los miembros de la misma.

<sup>2</sup> Con la Constitución Alemana de 1871, se empiezan a dictar las primeras medidas de reformas sociales, la denominada “Legislación Social de Bismarck”, desarrollada a lo largo del decenio de los ochenta. “En 1883 se aprueba la ley sobre el seguro de enfermedad, que se hace obligatorio para los obreros de la industria con una renta anual inferior a una determinada cantidad. En 1884, se promulga la ley sobre los accidentes de trabajo que obligaba a los patronos a Cotizar a cajas corporativas para cubrir situaciones de invalidez como resultado de accidentes de trabajo. Y, finalmente, en 1889 se aprueba la ley que establece el primer sistema de pensiones de jubilación” (Montagut, 2000: 54).

Lo que parece ser un lugar común entre los estudiosos del tema es la consideración del Estado del Bienestar como una necesidad histórica que ha permitido dar respuesta adecuada a una serie de disfunciones -que afectaban a la sociedad industrial competitiva- que el Estado Liberal no era capaz de resolver, contando con el apoyo del desarrollo cultural y tecnológico inherente al proceso de industrialización de las economías.

Su génesis tiene lugar en un momento en el que las instituciones existentes (el Estado Liberal, la Iglesia, la familia) no fueron capaces de resolver satisfactoriamente los problemas derivados de una sociedad en la que la pobreza y la desigualdad pasaron a convertirse en cuestiones de índole social y política (la denominada “cuestión social”), como consecuencia de la agudización de las tensiones sociales, derivadas de los ciclos de modernización económica, unidos a fenómenos como la industrialización, la urbanización o la explosión demográfica. Los procesos de distribución de rentas surgidos de la acumulación de capital generaron la necesidad de que el Estado interviniera activamente en la economía con el fin de ejercer en la misma una “acción compensatoria” que atenuara los desequilibrios y aliviara o evitara las tensiones sociales. A esta extensión y aceptación social de la intervención pública en la economía contribuyeron algunos acontecimientos de índole extraeconómica como el Sufragio Universal, que facilitó el desarrollo de la legislación social encaminada a mejorar las condiciones de vida y de trabajo de la población trabajadora. La Gran Depresión (1929), puso de manifiesto la debilidad del modelo de producción capitalista y los efectos perversos como el desempleo masivo, el cual comporta el control organizativo de la fuerza de trabajo y la pérdida de ingresos para la población trabajadora, con el impacto negativo que se derivaba de ello de cara a la evolución de la economía en su conjunto. El deseo de atenuar los efectos negativos del sistema capitalista, propiciaron la aparición de nuevos problemas que el Estado del Bienestar trataría de resolver. Para hacer frente se justificaron medidas de política económica intervencionistas como las contenidas en el *New Deal* de Roosevelt y otras leyes como la *Social Security Act* (1935) o la *Old Pension Act* (1908) y la *Insurance Act* de 1911, estas dos últimas adoptadas en Gran Bretaña (Alemán, 2009).

Cabe dar mención al Informe Beveridge de 1942<sup>3</sup> que preveía la constitución de un sistema de beneficios sociales que fuera capaz de proteger a los ciudadanos “desde la cuna hasta la tumba” y que atacara los cinco grandes males de las sociedades modernas: la indigencia, las enfermedades, la ignorancia, la suciedad y la ociosidad. Para ello, el programa incluía *un Sistema de Seguridad Social* unitario que manejaría las pensiones – enfermedades, maternidad, vejez, viudedad y desempleo-, aplicable a toda la población, *un Servicio Nacional de Salud* (atención médica gratuita con cobertura universal) y *un Sistema de Asistencia Nacional* (SNS) (para complementar los subsidios de la Seguridad Social cuando fueran insuficientes), orientados al logro del mínimo de subsistencia deseado, otorgando prestaciones familiares universales y adoptando el objetivo del pleno empleo como política de Estado, extendiendo los beneficios a la educación, la vivienda y a la atención especializada a niños. “*Los objetivos del modelo de Beveridge eran garantizar a los ciudadanos un nivel mínimo de ingresos, es decir, la abolición de la miseria, prever riesgos futuros con el fin de erradicar las situaciones de necesidad, completar la previsión individual frente al riesgo, articular un sistema unificado de Seguridad Social basado en tres pilares: el Seguro Social, la Asistencia Nacional y los Seguros Voluntarios, y fomentar el pleno empleo para conseguir aumentar la riqueza material de los individuos y elevar el grado de felicidad de la sociedad*” (Alemán, 2009: 14).

Así, el incipiente Estado del Bienestar encontraría, años más tarde, tras la Segunda Guerra Mundial, el contexto adecuado para consolidarse y generalizarse. Surgen las reacciones con impacto que marcarán el devenir europeo: el *Plan Marshall*, la *Comunidad Europea del Carbón y del Acero* (CECA) (posteriormente convertida en

---

<sup>3</sup> El informe Beveridge es el informe de “Seguro Social y servicios afines” en el que Beveridge apostará por un sistema de Seguridad Social donde haya cabida “*la asistencia nacional, un servicio nacional de salud, la ayuda familiar, así como manifestaciones complementarias de seguros voluntarios*”. La verdadera novedad del Plan Beveridge es hacer universal la Seguridad Social para todos los ciudadanos (Alemán, 2009: 182).

*Comunidad Económica Europea (CEE)*, antecedente de la actual *UE*) y el pacto del Estado del Bienestar (*Welfare State*).

La teoría de *John Maynard Keynes* (1833-1946), economista, reclamando la intervención pública del Estado, mediante el aumento del gasto público y el incentivo de la demanda y el consumo correspondiente, configura la base originaria del nuevo Estado del Bienestar comprometido económica y socialmente. Su *General Theory of Employment, Interest and Money* se convierte en un clásico, inspirador de la política económica y social de la socialdemocracia (aumentar la demanda del consumo y orientarse hacia el pleno empleo, evitando las crisis económicas mediante grandes inversiones estatales en momentos críticos), que recibirá los principales embates con la globalización actual y la internacionalización económica, inasible e incontrolable para el nivel estatal. El fin de la Segunda Guerra Mundial y el ascenso al gobierno en algunos países del norte de Europa, de los partidos socialdemócratas facilita el gran pacto político y social que denominamos Estado del Bienestar (de Dios y Torres, 2010).

La evolución del Estado asistencial en la Europa de la posguerra de la Segunda Guerra Mundial supuso una rearticulación de gran alcance de las relaciones Estado-mercado que provocó que durante casi tres decenios –de los cuarenta a los setenta- se consolidase una etapa de gran prosperidad. Las economías nacionales de la posguerra se caracterizan por una expansión económica sostenida sin precedentes a lo largo de todo el período, expansión que lleva consigo el desarrollo de la gran industria que consolida el fordismo<sup>4</sup> como forma de organización del trabajo posibilitando la consecución de los objetivos de pleno empleo (masculino).

Simultáneamente se van expandiendo los presupuestos de los Estados con el incremento constante de la partida correspondiente a los gastos sociales. Pero la

---

<sup>4</sup> Supone una nueva organización del trabajo, producción en masa del fordismo (Henri Ford) y su famoso “five dollars day”, que duplica los salarios de la época. Ante la protesta de los demás empresarios, la respuesta de Ford es lacónica: alguien tendrá que comprar mis coches”.



organización del Estado, a finales de los setenta, no responde ni a las necesidades de la población ni a las necesidades del capital.

Comienza un proceso en el que el Estado del Bienestar es cuestionado desde las distintas opciones, dando paso a los que muchos denominaron “crisis del Estado del Bienestar” cuyos rasgos característicos son: un desempleo masivo, un cambio perceptible en las formas de producción y de consumo, un dualismo social cada vez más acentuado, una política económica enmarcada en los que se ha venido denominando revolución conservadora y una creencia generalizada en la falta de alternativas. *“La crisis del 73 fue una crisis del funcionamiento del modelo político-económico del capitalismo. En el aspecto político, fue el resultado de la confrontación del capitalismo con la democracia corporativa; en el económico se originó en una discusión distributiva y terminó planteándose como una crisis de superproducción”* (Montagut, 2000: 64).

En todo caso, los límites del Estado del Bienestar dependen de la forma en que se financia y el tipo de prestaciones que suministra, de la fase del ciclo económico: cuando la economía está en una etapa expansiva, hay ciertos componentes del gasto social que tienden a disminuir (menos gasto en desempleo, menos gasto en pensiones - por ejemplo en pensiones anticipadas-), al tiempo que las bases financieras del mismo se refuerzan: la mayor actividad económica propicia una mayor recaudación impositiva y un mayor volumen de cotizaciones. Por el contrario, cuando la economía está en fase recesiva, ciertos componentes del gasto social se incrementan (más prestaciones por desempleo, más jubilaciones anticipadas, más Servicios Sociales para un colectivo más numeroso de personas en situación de necesidad) y es más difícil y costoso recaudar impuestos y obtener cotizaciones sociales. Por ello, y siguiendo a Alemán (2009: 36) *“es conveniente defender unos límites razonables del Estado del Bienestar que eviten el sesgo de tener que delimitarlo según las fases del ciclo económico y que obedezcan, sobre todo, a criterios de racionalidad y de eficiencia económica”*.

### 1.2.3 Los modelos del Estado del Bienestar en Europa

Una vez que algunos países del norte de Europa comienzan a crear servicios públicos y la provisión de fondos para sostener cada uno de ellos, ocurren dos fenómenos simultáneos: la experiencia se extiende progresivamente por la Europa occidental, con ritmo diferente en función de regímenes políticos que practican (España, Portugal y Grecia, con regímenes dictatoriales se retrasan) y las fórmulas de cobertura o requisitos para acceder a las prestaciones se diferencian. De estos modelos se reconoce su carácter de Estado del Bienestar y los generalmente aceptados según de Dios y Torres (2010) son:

*a) Modelo nórdico (Suecia, Dinamarca, Finlandia, Holanda).* Se caracteriza por los altos niveles de fiscalidad y las amplias prestaciones en servicios públicos y prestaciones (educación, sanidad, pensiones, ayudas sociales, mínimo vital). Importantes políticas activas de empleo.

*b) Modelo anglosajón (Reino Unido, Irlanda).* Comporta una garantía de mínimo vital alta, subsidios por cotizaciones, subvenciones incondicionales limitadas y escaso peso sindical, a pesar de la afiliación y la fuerza política de los sindicatos.  
*c) Modelo continental (Alemania, Francia, Bélgica, Austria, Luxemburgo).* Gran predominio del peso de las pensiones. Presencia sindical fuerte en la programación de los objetivos.

*d) Modelo mediterráneo (Italia, España, Grecia, Portugal).* Gran peso del sistema de pensiones, escasa inversión en promoción de políticas activas de empleo y deficientes subvenciones a personas con dificultades de integración o en la exclusión social.

Autores como Esping-Andersen (1993) clasifican los Estados del Bienestar según regímenes:

*a) Modelo liberal:* Estados Unidos, Canadá y Australia. Se caracteriza por la comprobación de rentas, las prestaciones universales modestas y los seguros sociales

limitados. Se estimula el mercado dando subsidios a planes privados de protección social. El resultado es una limitada efectividad y una estratificación de relativa igualdad de pobreza entre las personas beneficiarias de la protección, y un bienestar social para mayorías diferenciado por el mercado.

b) *Modelo conservador-corporativista*: Alemania, Austria, Francia e Italia. Predomina la conservación de las diferencias de estatus, por ello desarrolla programas de Seguridad Social según cotizaciones laborales. Estos regímenes los conforma también la Iglesia y por ello tienen por objetivo la conservación de la familia tradicional. El principio de subsidiaridad sirve para destacar que el Estado interviene cuando la capacidad de la familia no sea suficiente para atender a sus miembros.

c) *Modelo socialdemócrata*: países escandinavos. Con principios de universalismo, igualdad y libertad muy extendidos entre la población. El Estado interviene incluso antes de que la capacidad de la familia se encuentre mermada, en aras de la independencia individual. Su característica más peculiar es la fusión entre bienestar social y trabajo. El pleno empleo es el único medio de soporte de alto gasto que el modelo reporta.

Para otros autores como Monereo (1995), existen dos modelos antitéticos de entender el bienestar y, por consiguiente, la esfera de responsabilidad que ha de corresponder a la comunidad estatalmente organizada por el bienestar de sus miembros: El primero de ellos es el *residual* en donde el sistema protector se asienta preferiblemente en las técnicas de ayuda más que en las de tipo provisional. No se dirige a toda la población o cuando se ponen prácticas políticas sociales más universalistas se limita a la cobertura de las necesidades sociales a un mínimo de subsistencia elemental. El segundo es el *Institucional o desarrollista* que se encamina hacia la creación de una auténtica sociedad del bienestar en la que se garantice la plena realización del individuo y su capacidad autónoma. Se trata de poner las bases necesarias para la autorrealización del individuo. Tiene una orientación decididamente universalista (los servicios sociales están dirigidos a todos los grupos de rentas). Es un modelo redistributivo, propio de las teorías socializantes o de la socialdemocracia consecuente.

Podríamos decir que el objetivo de estos modelos en Europa sería conseguir una Europa Social. Un ejemplo de esta tendencia la podemos observar en la *Estrategia de Lisboa* (junio, 2000) que representa la base de las acciones comunitarias en materia de empleo, innovación, reforma económica y cohesión social. En esta misma línea, el Consejo de Niza (noviembre, 2000) aprueba la Agenda Social Europea, que recoge para los siguientes cinco años las orientaciones estratégicas en todos los ámbitos de la Política Social. Por ejemplo, el *Plan de Acción para la Inclusión Social* que todos los países deben diseñar y desarrollar y que será la base para la existencia de un Estatuto Marco de Derechos Fundamentales Sociales (Felipe, 2004).

#### **1.2.4 El Estado del Bienestar en España**

Podemos establecer tres etapas clave como antecedentes al sistema de protección moderno, aunque nos centraremos en la tercera etapa más actual en el siguiente apartado (Ibídem, 2004).

La primera, que comprende desde el siglo XVI al XVIII, caracterizada por una actitud represora hacia la pobreza porque en este período crece el número de pobres. En España, Juan Luis Vives fue precursor en pedir que fueran los poderes públicos los que tomasen la iniciativa de organizar los servicios de atención a los pobres, en su obra *De subventione pauperum (Del socorro a los pobres, 1525)*, consiguiendo algunas medidas de provisión de socorro y trabajo. En Valencia, *la Casa de la Misericordia* se fundó en 1673 y junto al Hospital General (establecimiento de la atención a los enfermos pobres), fueron las dos grandes instituciones de la ciudad durante el siglo XVII.

La segunda, que se sitúa en el siglo XIX y la podemos identificar como antecedente de la protección social actual. Se desarrollan las *Leyes de Beneficencia*, cuyo objetivo era regular el comportamiento ajeno no deseado mediante prohibiciones, a la vez que el Estado asume progresivamente obligaciones y compromisos. La primera *Ley General de Beneficencia* se promulga en 1822, desarrollando una protección de personas pobres y desamparadas, viudas y menores, en materia de subsistencia, cuidados médicos, educación, capacitación e inserción laboral, que será la base del

moderno sistema de protección. Bajo el reinado de Isabel II y su gobierno moderado, se promulga la Constitución de 1845 y se aprueba *la Ley General de Beneficencia de 1849* que supone el antecedente más directo de la actual estructura de los Servicios Sociales, repartiendo las responsabilidades entre el Estado, la provincia y el municipio en una red centralizada.

La tercera, etapa a partir de 1880, momento en el que empiezan a crearse los primeros seguros sociales, que constituyen una innovación respecto a la protección. Entre 1883 y 1932 -es decir, en apenas cincuenta años- se crearon en todos los países en los que el empleo regular retribuido se había convertido en la situación normal de la vida laboral, sistemas de seguros sociales, diversos entre sí, pero con un rasgo común: carácter nacional, colectivo y obligatorio. Una fecha de interés en esta etapa es el 25 de octubre de 1977, año en el que se firman los *Pactos de la Moncloa*, que constituyen el primer elemento democratizador y moderno de política de concertación social y el comienzo del corporativismo<sup>5</sup> en España. Los pactos tenían dos apartados, uno de acuerdos políticos y otro de acuerdos económicos que a continuación exponemos:

Los acuerdos políticos se encuentran en la base de la Constitución aprobada en 1978<sup>6</sup>. Preveían el derecho de reunión y asociación, así como el derecho y la libertad de expresión, la reforma del Código Penal y la reorganización del escenario político.

---

<sup>5</sup> “Es un término utilizado para designar ciertas ideologías gremialistas, que tiene tres acepciones: a) doctrina socioeconómica que preconiza la articulación de las distintas profesiones en estructuras verticales; b) doctrina política que preconizaba la organización de la sociedad en estructuras corporativas de tipo profesional controladas por el Estado, modelo desarrollado en especial por regímenes fascistas de Italia, Alemania, España y Portugal, y c) pauta de comportamiento social caracterizada por la defensa a ultranza de los intereses de un determinado grupo socioprofesional” (Montagut, 2000: 88).

<sup>6</sup> La Constitución de 1978 reconoce España como un país social y democrático de derecho, plasmando en el texto constitucional las directrices necesarias para desarrollar acciones, reflejando la descentralización administrativa y política en 17 Comunidades Autónomas. Además integra España en la UE, propiciando su reconocimiento internacional como un país capaz de competir con los países más desarrollados.

Los acuerdos económicos incidían en el control de la inflación y la creación de ocupación. Se quería hacer frente a la situación económica y social.

Así mismo, los *Pactos de la Moncloa* propiciaron la creación -por el Decreto del 22 de diciembre de 1978- de cuatro institutos sociales: el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), para la protección de la salud; el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) para gestionar los beneficios económicos por jubilación o pérdida de ingresos; el Instituto de mayores y Servicios Sociales (INSERSO) para gestionar los servicios sociales a la vejez o a las personas con discapacidades; y el Instituto Nacional de Empleo (INEM) para situaciones de desocupación. Estos Institutos representan la práctica desaparición del INP (Alemán, 2009; Montagut, 2000).

A partir de los ochenta comienza una etapa de ampliación del sector público y políticas de redistribución de la renta. Se diseña un proyecto de democratización política y económica que llevará a España hacia un Estado del Bienestar. La *Constitución de 1978* “*recoge la voluntad -y la necesidad- de modernizar las estructuras sociales y políticas españolas, promoviendo las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, facilitando la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social*” (Ibidem, 2000: 171).

Desde los años 80, los cambios que han tenido lugar en España han sido los siguientes: en primer lugar, en la política se ha producido un cambio desde un sistema autoritario a una democracia<sup>7</sup>, asumiéndose los Derechos de Ciudadanía; descentralización política que ha significado la descentralización de las competencias en beneficio de las CCAA y en detrimento del papel del Estado y la integración plena en la UE en las directrices a seguir por los países miembros.

---

<sup>7</sup> En el año 1982, gana las elecciones el Partido Socialista Obrero Español (PSOE), y es cuando se considera verdaderamente consolidada la Democracia. Es el PSOE el partido que acomete las principales medidas para el desarrollo del Estado del Bienestar (Ibidem, 2000).

En segundo lugar, han habido cambios económicos: la modernización de la estructuras productivas y adaptación a las nuevas tecnologías; en relación al paro aumenta el de larga duración y mayor incidencia en los jóvenes. Y, en tercer lugar, cambios sociales a través de la incorporación de la mujer al sistema educativo en los diferentes niveles y al mercado laboral; el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad han transformado la estructura de la población española; el incremento de la pobreza y la exclusión social como consecuencia de problemas económicos y las transformaciones sociales que han marginado a los sectores de la población más vulnerables. En España, la política de protección social tiene un marcado carácter social pero también económico y se organiza alrededor de diversas áreas entre las que se encuentran: Servicios Sociales, vivienda, empleo, sanidad, educación o medio ambiente (Aleman, 2009).

Teóricamente, podemos fechar el avance en protección a través del Estado del Bienestar en nuestro país por la Constitución de 1978, aunque su materialización se produce en las décadas posteriores con la universalización de la asistencia sanitaria en 1989 y la creación del sistema no contributivo de la Seguridad Social en 1990 (Felipe, 2004).

Según de Dios y Torres (2010), la perspectiva que nos da los tres años largos de crisis económica 2008-2011, nos obliga a introducir una etapa de observación en relación al Estado del Bienestar, hasta tal punto es profunda la huella de la crisis que textos próximos de análisis y acercamiento a la realidad se han convertido en literatura histórica. Junto a los tradicionales ámbitos de inversión social, pensiones, sanidad, educación, desempleo, actuales y nuevos retos se presentan al Estado del Bienestar en nuestro país. La dependencia supone aportación presupuestaria, organizativa y profesional para atender una demanda invisible hasta hace pocos años a la administración. La renta mínima personal, la promoción para el empleo de los parados, especialmente de los de larga duración, la eliminación de obstáculos estructurales que permitan el acceso de la mujer al trabajo, rompiendo condicionamientos culturales, los

colectivos excluidos por problemas de salud, de adicciones o de delincuencia son ámbitos que reclaman Políticas Sociales y gasto.

### 1.3 LOS DERECHOS HUMANOS

#### 1.3.1 Introducción

En un contexto mundial interdependiente, la pobreza y la negación de los Derechos Humanos son males muy ligados entre sí que afectan de forma muy directa a millones de ciudadanos, pero que afectan también indirectamente a todos los ciudadanos del mundo, del Sur y del Norte. En consecuencia, su abordaje ha de plantearse a escala global, constituyendo los Derechos Humanos un eje central desde el que hacer pivotar la construcción de sociedades más justas. En este sentido, para su protección y defensa han de utilizarse mecanismos y espacios concretos de participación a disposición no sólo de instancias públicas y tribunales internacionales, sino de todos los ciudadanos. El EBDH puede contribuir a habilitar espacios concretos y a potenciar las capacidades de los ciudadanos en defensa de la dignidad de la persona en momentos como los de este inicio de siglo en los que, ante la aparición de tendencias que pretenden debilitarlos o ignorarlos, son más que nunca necesarias (Mariño, Gómez-Galán y Faramiñán, 2011). Por esta razón hablaremos en este punto de Derechos Humanos y Derechos Sociales, de Derechos Fundamentales y de Derechos en general.

Cuando hablamos de Derechos es útil distinguir entre Derecho objetivo y Derecho subjetivo. *“El Derecho objetivo es el conjunto de normas positivas pertenecientes a un sistema jurídico en su conjunto o ha determinado sector del mismo (por ejemplo, el Derecho penal). La expresión Derecho subjetivo alude, por su parte, al diversificado conjunto de situaciones que puede ocupar un sujeto o un conjunto de sujetos en un entorno normativo. El concepto de Derecho subjetivo puede vincularse a un ordenamiento jurídico positivo. Así, diremos que el Derecho civil, en tanto Derecho objetivo, regula las relaciones interindividuales, entre ellas las relativas a la propiedad, mientras que cada propietario tiene derecho (subjetivo) de propiedad sobre su bien para disfrutar o disponer de él, así como para proteger aquel disfrute de intromisiones*



*ajenas*” (Añón y García, 2004: 55). Diremos que tener un Derecho subjetivo equivale a estar situado como sujeto(s) en una posición desde la que poder exigir o reclamar frente a la satisfacción de una expectativa de comportamiento (activo u omisivo) cuyo efectivo cumplimiento venga en alguna medida posibilitado por el Derecho objetivo. Nos detendremos en la clásica propuesta de Hohfeld, que distinguió las siguientes modalidades de Derecho subjetivo: “a) *la pretensión o derecho en sentido estricto: el derecho consiste en que el titular A puede exigir al obligado correlativo B que actúe (activa o pasivamente) de conformidad con su pretensión; b) la libertad: el derecho consiste en que su titular A es libre frente B de hacer o no hacer determinada cosa, es decir, A no tiene el deber de realizar determinadas conductas respecto a otros; c) la competencia o potestad: el derecho consiste en que el titular A puede obligar y producir efectos jurídicos mediante determinados actos o imponer prescripciones a B; y la inmunidad: el derecho consiste en que su titular A está exento ante los efectos de determinados actos de B, dado que éste es incompetente para modificar la situación jurídica de A*” (Ibídem, 2004: 56). En principio, los Derechos Sociales pueden adoptar la forma de pretensión, privilegio, competencia o inmunidad, y, más específicamente, a las pretensiones de que otro lleve a cabo una conducta activa.

Los Derechos Fundamentales<sup>8</sup> son aquellos Derechos normalmente positivados a nivel estatal en el texto constitucional que expresan la articulación del sistema de relaciones entre el individuo o los grupos de individuos y el estado. En sentido estricto, constituyen la justificación de las instituciones y condicionan el ejercicio del poder y suponen la clase de Derechos subjetivos universales, indisponibles y de jerarquía constitucional que establecen qué es lo que el poder público no puede hacer y qué es lo que no puede dejar de hacer.

En un Estado Constitucional de Derecho, las reglas de la representación democrática son normas formales que determinan quién toma y cómo se toman las

---

<sup>8</sup> Expresión presente ya en las teorizaciones del siglo XVIII e incorporada a la *Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano* en 1789, pero que alcanzó especial relieve en Alemania tras la Segunda Posguerra Mundial.

decisiones, pero los Derechos fundamentales son normas sustanciales cuyo contenido determina qué es lo que la mayoría no puede decidir y qué es lo que no puede dejar de decidir (Ibídem, 2004).

*La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*<sup>9</sup>, basada en los valores comunes, indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad y la solidaridad, refuerza la protección de los Derechos a tenor de la evolución de la sociedad, del progreso social y de los avances científicos y tecnológicos. Los *Derechos Humanos* son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y los Derechos fundamentales y con la dignidad humana. Entre las principales características de los Derechos Humanos cabe citar las siguientes: son universales, Derechos inalienables de todos los seres humanos; se centran en la dignidad intrínseca y el valor igual de todos los seres humanos; son iguales, indivisibles e interdependientes; no pueden ser suspendidos o retirados; imponen obligaciones de acción y omisión, particularmente a los Estados y los agentes de los Estados; han sido garantizados por la comunidad internacional; están protegidos por la ley y protegen a los individuos y, hasta cierto punto, a los grupos.

Es imprescindible tomar como referencia la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (DUDH)<sup>10</sup>, considerando que la libertad, la justicia y la paz en el

---

<sup>9</sup> La UE, a través de la *Carta de los Derechos Fundamentales* reconoce los derechos, libertades y principios enunciados a continuación en los respectivos títulos: dignidad (dignidad humana, Derecho a la vida, Derecho a la integridad de la persona, etc.), libertades (Derecho a la libertad y a la seguridad, respeto de la vida privada y familiar, protección de datos de carácter personal, Derecho a contraer matrimonio y derecho a fundar una familia, libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, libertad de expresión y de información, etc.), igualdad (no discriminación, diversidad cultural, religiosa y lingüística, igualdad entre mujeres y hombres, derechos del niño, derechos de las personas mayores, integración de las personas discapacitadas), solidaridad (Derecho a la información y consulta de los trabajadores en la empresa, Derecho de negociación y de acción colectiva, Seguridad Social y ayuda social, protección de la salud, etc.), ciudadanía (Derecho a una buena administración, el defensor del pueblo europeo, etc.), y justicia (presunción de inocencia y Derechos de la defensa, principios de legalidad y de proporcionalidad de los delitos y de las penas, etc.).

<sup>10</sup> La DUDH es un documento declarativo adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948 en París, que recoge en treinta artículos los Derechos Humanos considerados básicos.

mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los Derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana. Las normas en materia de Derechos Humanos, codificadas en ordenamientos jurídicos internacionales, regionales y nacionales, constituyen un conjunto de normas de actuación respecto de las que pueden exigirse responsabilidades a los titulares de obligaciones de todos los niveles de la sociedad y en especial a los órganos del Estado.

El cumplimiento de los compromisos contraídos en virtud de Tratados Internacionales de Derechos Humanos (ver anexo 2) es vigilado por comités de expertos independientes denominados *Órganos creados en virtud de los Tratados*, que ayudan a aclarar el significado de los Derechos Humanos que serán expuestos en mayor profundidad en el apartado correspondiente. Ese significado también es elaborado por personas y órganos de expertos designados por la *Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas* (órgano con sede en Ginebra, compuesto por 53 Estados miembros de las Naciones Unidas), también por otros ordenamientos jurídicos relativos a los Derechos Humanos. Por ejemplo, los convenios y normas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) protegen específicamente los Derechos laborales (Naciones Unidas, 2006).

Según Añón y García (2004: 59) *“Junto a los tradicionales derechos de libertad (vida, integridad física, libre conciencia, intimidad, asociación, etc.) y políticos (sufragio, etc.), los ordenamientos contemporáneos han reconocido otros derechos vitales: a la subsistencia, a la educación, a la alimentación, al trabajo, a la vivienda, a la información y similares, otorgándoles rango constitucional”*.

Resulta difícil definir los Derechos Sociales de una manera precisa, podríamos decir que no siempre están positivados (es decir, expresamente formulados) en las declaraciones de Derechos de las Constituciones y en el caso de que estén, su positivación suele ser dispersa y fragmentaria.

Los Derechos Fundamentales como Derechos subjetivos (verdaderos derechos) no comprometen la fundamentalidad de los Derechos Sociales en el seno de los

ordenamientos contemporáneos. Los Derechos Sociales son normas jurídicas que forman parte del núcleo definitorio de la forma del Estado, el Estado social y democrático de Derecho. La transformación del Estado liberal en Estado social constitucional ha imprimido dinamismo al significado de los Derechos Fundamentales. Los Derechos, suponen un conjunto de valores o fines directivos de la acción de los poderes públicos. Los Derechos Sociales expresan un conjunto de valores o decisiones básicas de una sociedad consagrados en el texto constitucional, y les confiere carácter de normas fundamentales (Añón y García, 2004).

### **1.3.2 La evolución, garantías y reconocimiento de los Derechos Humanos**

La clasificación de los Derechos Humanos en generaciones intenta explicar su origen, la evolución y las características principales de los mismos. Así, y desde una perspectiva histórica de los Derechos Humanos podemos distinguir (Fernández y de la Fuente, 2009: 218-219):

- a) Los llamados *Derechos Humanos de primera generación*, “*constituidos por el conjunto de libertades de carácter individualista, que se corresponden a un Estado de carácter liberal e inhibicionista, que tiene como uno de sus principios de actuación la no injerencia de los poderes públicos en la esfera privada. Se concretan en: derecho a la vida; a la igualdad; a la libertad; a la seguridad personal; a la integridad física y moral; a la intimidad; a la nacionalidad; a la propiedad; a la tutela y protección jurídica en pie de igualdad; a la libertad religiosa y de conciencia; a la libertad de movimiento dentro del Estado y fuera de él; a la libertad de pensamiento; de reunión o asociación; al electorado activo y pasivo; a acceder a los órganos de Gobierno y Administración*”.
- b) Los *Derechos Humanos de segunda generación* “*que adquieren fuerza en el momento en el que la participación política se hace extensible a grupos sociales inicialmente excluidos del ámbito del poder. Son derechos de ejercicio colectivo e incluyen tanto libertades públicas (religiosas, ideológicas, de reunión...), como a derechos de participación en sentido estricto (sufragio, petición, acceso a cargos públicos...)*”.

- c) *La tercera generación de Derechos Humanos “que surgen como consecuencia de las luchas sociales del siglo XIX, en plena revolución industrial. Las reivindicaciones basadas en demandas de igualdad de los ciudadanos al poder público evidencian la necesidad de ampliar el catálogo de libertades con una nueva generación de derechos económicos, sociales y culturales, para cuyo ejercicio se exigirá una política activa e intervencionista del Estado. El Estado liberal se transformará en el Estado Social de Derecho”*. En esta generación se encuentra el abanico de Derechos Sociales: Derecho a la salud, Derecho a la Seguridad Social, Derecho a una vivienda digna, Derecho a los Servicios Sociales... etc., la mayoría de ellos regulados en el *capítulo III de la Constitución de los principios rectores de la política social y económica*.
- d) *La cuarta generación de Derechos Humanos “basados en la idea de solidaridad”*. El modelo político del Estado de Bienestar resulta insuficiente a los nuevos movimientos sociales de los años setenta. Esta generación estaría configurada por: derecho al medio ambiente, derecho al desarrollo, derecho a la paz, derecho a la autodeterminación de los pueblos y al patrimonio común de la Humanidad.

A continuación expondremos las distintas formas de garantía, protección y defensa de los Derechos económicos, sociales y culturales, así como las posibilidades de exigir su cumplimiento ante instituciones nacionales e internacionales. Por garantía puede entenderse toda obligación correspondiente a un Derecho subjetivo. Pueden ser primarias -medidas y/o acciones consistentes en obligaciones o prohibiciones que corresponden a los Derechos subjetivos- y secundarias -las obligaciones que tienen los órganos judiciales-. Según Añón y García (2004) las medidas adoptadas pueden ser de tres tipos: normativas, jurisdiccionales e institucionales.

Las garantías normativas de protección de los Derechos son los mecanismos que las normas (Constitución, leyes) establecen para dar un mayor reconocimiento y protección a los Derechos. En general el reconocimiento de estos Derechos se ha producido en el plano internacional y en el Derecho interno, a partir del Pacto

Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Tratado de Maastricht, de 7 de febrero de 1992 (Tratado de la Unión, Título VIII, artículos 118 a 129 Política Social), Tratado de Amsterdam (Ratificación por España Ley Orgánica 9/1998, de 16 de diciembre por el que se ratifica por España el Tratado de Amsterdam por el que se modifica el Tratado de la Unión Europea (RCL 1994, 81, 1659 y RCL 1997, 917)), los Tratados Constitutivos de las Comunidades Europeas (LCEur1986, 7), la Carta Social Europea<sup>11</sup> cuya finalidad es la de establecer los esfuerzos posibles para mejorar el nivel de vida y promover el bienestar de todas las categorías de sus poblaciones, por medio de instituciones y actividades apropiadas y la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

En el contexto europeo y respecto a los Derechos Sociales, se distingue entre: Derechos civiles y políticos importantes en las relaciones laborales. Aplicación del principio de igual trato y no discriminación, Derechos Sociales y económicos que son justiciables y definidos como normas regulativas por la UE y los Estados miembros.

Por su parte las garantías jurisdiccionales son los mecanismos, instituciones y procesos que permiten una mejor defensa de los Derechos. Cabe dar mención a los Derechos Sociales, que en general, tienen unas garantías jurisdiccionales escasas en relación a otros Derechos Fundamentales. Así justiciabilidad significa la posibilidad de reclamar ante un juez o un tribunal de justicia el cumplimiento de las obligaciones que constituyen el objeto de cada derecho.

Además, las garantías institucionales se refieren a otras instituciones que también se utilizan para proteger los Derechos, aunque su función directa no sea la de

---

<sup>11</sup> Carta Social Europea, (Turín, 18 de octubre de 1961). Contiene los Derechos Sociales y económicos, y establece aquellas condiciones en que puedan hacerse efectivos los derechos y principios entre los que se encuentran los siguientes: toda persona tendrá la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido, todos los trabajadores tienen derecho a unas condiciones de trabajo equitativas, seguridad e higiene y remuneración suficiente que les proporcione a ellos y a sus familias un nivel de vida decoroso, toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia social y médica, toda persona tiene derecho a beneficiarse de servicios de bienestar social...

garantizarlos. Por ejemplo, el *Defensor del Pueblo*<sup>12</sup> (art. 54 CE) (Mariño et al., 2011). Según Khan (2010: 226-227), “*los Derechos Humanos están garantizados por el Derecho Internacional y es a través de las leyes que un estado designa las obligaciones que deben cumplirse para que los Derechos Humanos se hagan efectivos. Las leyes por sí solas rara vez aportan una solución definitiva para las personas que viven en la pobreza. Igualmente, en el caso de que los gobiernos carezcan de recursos y capacidad, las leyes no lograrán cambiar mucho las cosas por sí solas, a menos que sean aplicadas de forma eficaz*”. Sin embargo, las leyes constituyen siempre una pieza fundamental del rompecabezas.

Considerar a un Derecho económico, social o cultural como Derecho es posible únicamente si el titular/acreedor está en condiciones de producir mediante una demanda o queja, el contenido de una sentencia que imponga el cumplimiento de la obligación que constituye el objeto de su derecho. La condición de justiciabilidad requiere identificar las obligaciones mínimas de los Estados, y este es quizá el principal déficit del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Es un discurso ya tradicional el considerar que los derechos económicos, sociales y culturales presentan un déficit importante y este es precisamente su falta de justiciabilidad.

El reconocimiento y las obligaciones en relación a los Derechos Humanos son: respetar, proteger y hacerlos efectivos (Naciones Unidas, 2006, Añón y García, 2004; Fernández, 2011). *Respetar* los Derechos Humanos significa sencillamente no interferir con su disfrute. *Proteger* los Derechos Humanos significa adoptar medidas para garantizar que terceras partes no interfieran con su disfrute. *Hacer efectivos* los Derechos Humanos significa adoptar medidas progresivas que permitan el disfrute efectivo del derecho de que se trate. Ese reconocimiento de los Derechos Humanos se refiere a la obligación del Estado de llevar a cabo explícitamente actividades que

---

<sup>12</sup> La misión del Defensor del Pueblo es la protección y defensa de los Derechos Fundamentales y las libertades públicas de los ciudadanos. El Defensor del Pueblo es un Alto Comisionado de las Cortes Generales, encargado por éstas de supervisar la actuación de la Administración con el objeto de comprobar si respeta los Derechos Fundamentales.

fortalezcan la capacidad de las personas para satisfacer sus propias necesidades. Supone la prestación directa de servicios si los derechos de que se trata no pueden realizarse de otro modo, por ejemplo para compensar las carencias del mercado o para ayudar a grupos que son incapaces de atender sus propias necesidades.

A pesar de todo, el Estado sigue siendo el primer titular de obligaciones en virtud del Derecho Internacional. Las leyes y las políticas nacionales deben detallar cómo se cumplirán las obligaciones del Estado en materia de Derechos Humanos en los niveles nacional, provincial y local, y la medida en que los individuos, las empresas, las entidades de gobierno local, las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) u otros órganos de la sociedad compartirán directamente la responsabilidad de la ejecución (Monereo, 1995; Naciones Unidas, 2006). Los Derechos Sociales pueden exigirse a los poderes y Administraciones Públicas (y, en última instancia ante el poder judicial y administración de justicia), entendiéndose que dichos poderes y administraciones son la representación principal de esa colectividad o sociedad implicada o interesada en los servicios del bienestar (Fantova, 2008).

Para finalizar, en relación a los Derechos ante las emergencias cabe citar la Ley 13/2010, de 23 de noviembre, de la Generalitat, de Protección Civil y Gestión de Emergencias, en su artículo 4 sobre los ciudadanos, entidades, instituciones y organizaciones, expone que tienen Derecho a que los servicios de intervención frente a emergencias, en sus actuaciones, cumplan los principios de pleno respeto a los Derechos Fundamentales de los ciudadanos y a las libertades públicas.

### **1.3.3 Los Derechos Sociales**

Los Derechos Sociales, económicos y culturales son un subconjunto dentro del conjunto de los Derechos Humanos y a su vez hablamos de Derechos subjetivos. Cuando hablamos de la razón de ser de los Derechos Humanos o cuando nos hacemos la pregunta: ¿en virtud de qué razones estaría justificado exigir del derecho una respuesta normativa ante una exigencia?, estamos hablando de necesidades básicas y cuando hablamos de realización concreta de tales derechos, hablamos de satisfacción de



necesidades. Podemos afirmar que los Derechos Humanos existen porque satisfacen necesidades básicas y éstas constituyen una de las razones para reconocer derechos universales a los seres humanos. Los Derechos Humanos están ligados a aquellos valores, necesidades e intereses que hacen que un ser humano pueda actuar como un agente moral.

Según Añón y García (2004: 96), *“se entiende por necesidades los estados de dependencia o expresión de la relación de dependencia del hombre con respecto al mundo al que pertenece. Remiten a una actividad específicamente humana, a la acción humana vinculada al orden de las objetivaciones sociales y culturales”*. No tienen sólo un origen fisiológico, sino que su núcleo originario también psicológico y social. La interacción social permite observar cómo el mundo sociocultural adquiere prioridad con respecto al orden biológico en relación al comportamiento humano. Las necesidades crecen en complejidad y diferenciación como consecuencia de las modificaciones que experimentan las formas de reconocimiento de los seres humanos, como sujetos de la necesidad. La respuesta a una necesidad humana da lugar a una acción humana.

La autonomía y supervivencia -como necesidades básicas- fundamentan los Derechos Sociales. Este razonamiento parte de una concepción normativa de la persona como agente moral, responsable y libre, por tanto son necesarios dos elementos: elección libre y materialización de planes de vida y el valor de la autonomía, que implica el valor de la libre elección de planes de vida materializables, dándole valor a la creatividad del individuo al plasmar su vida de una forma u otra con los recursos disponibles. Hablamos de un concepto de autonomía que significa que las personas se auto-realizan en la medida en que actualiza en forma plena y equilibrada sus diversas capacidades. Las necesidades básicas están sólo vinculadas a la razón proporcionada por el Principio de Autonomía Personal (capacidad de elección y supervivencia) que no depende de las preferencias de los individuos y representan uno de los núcleos materiales que puede esgrimirse como límite a las decisiones que comprometen o ponen en cuestión la realización de derechos. *“En definitiva, de lo que se trata es de elevar a categoría de Derechos la racionalización de condiciones de vida, aquellas que de no*

*ser tomadas en consideración y articuladas adecuadamente desproveen de contenido la condición humana misma”* (Añón y García, 2004: 108). Según de la Red (2011), en la vida de cada cual, nadie somos autónomos, autosuficientes o independientes completamente. Vivir, implica una considerable cantidad de dependencias de distintos tipos, que cada cual se busca y que son queridas, porque son, para cada uno, necesarias en la realización de su proyecto de vida. Se trata de procesos y grados de dependencia en cada caso.

Según Fernández (2011: 40) *“Las nuevas Leyes de Servicios Sociales aprobadas por las Comunidades Autónomas en los años 2006-2010 (Navarra, Cataluña, Cantabria, Aragón, Galicia, País Vasco o La Rioja) y la nueva Ley de Autonomía y Atención a la Dependencia Ley 39/2006 de 14 de diciembre, abren en nuestro país la aparición de Derechos Sociales y nuevos modelos de intervención”*. Las leyes señaladas, coinciden en incluir el principio de la universalización de los Servicios Sociales, contemplando el Derecho subjetivo a estos servicios.

El reconocimiento de necesidades básicas como dato moral relevante para la distribución igualitaria de bienes básicos puede servir de protección del individuo frente a las decisiones y preferencias de otros. La vinculación entre necesidades básicas y Derechos Sociales (bienes básicos que integran la supervivencia y la autonomía) muestran con claridad que no se trata de garantizar como derechos cualquier recurso para que un ser humano sea autónomo. Los argumentos que hemos visto proporcionan una justificación para garantizar como derechos que las personas dispongan de los elementos o requisitos exigidos por un nivel básico de autonomía y bienestar, proporcionando un umbral que dote a los seres humanos de expectativas de una vida digna. Según Khan (2010: 28), *“el reconocimiento de los derechos económicos y sociales coloca de lleno la satisfacción de las necesidades humanas básicas dentro del marco de la responsabilidad nacional e internacional y otorga a las personas el poder de exigir que estas necesidades básicas sean atendidas”*.

Se hace necesario subrayar que la ciudadanía social tiene –como todas las manifestaciones de la ciudadanía<sup>13</sup>- una dimensión publicista y en calidad de tal va unida al reconocimiento de determinados Derechos Sociales como la libertad colectiva (Monereo, 1995; Marshall, 1997).

La nota que más frecuentemente se suele utilizar para distinguir los Derechos Sociales de los Derechos civiles y políticos es su carácter *prestacional*, protegiendo a los individuos de las intromisiones en la esfera de la libertad individual y cuya satisfacción requiere una actitud omisiva o abstencionista de terceros, y, más específicamente, del Estado (no torturar, no censurar publicaciones, etc.).

Además, los Derechos Sociales son más bien expectativas para cuya realización es necesaria una acción de dar o hacer, es decir, una acción positiva por parte del Estado. Presupone la existencia de un denso entramado institucional y organizacional, así como partidas presupuestarias destinadas a satisfacer las prestaciones que concretan tales derechos (Fantova, 2008; Añón y García, 2004; Monereo, 1995).

Para Marshall (1997), la disminución de las diferencias de clase constituye todavía la meta de los Derechos Sociales, pero ha adquirido un nuevo significado. No se trata sólo de intentar acabar con la miseria, obviamente desagradable, de las capas bajas de la sociedad; se ha transformado en acciones que modifican la estructura global de la desigualdad social.

#### **1.3.4 El Enfoque basado en los Derechos Humanos y el Desarrollo**

El Derecho al desarrollo de los pueblos es, desde el año 1986, un auténtico Derecho Fundamental que está presente en las relaciones exteriores de los Estados y en la UE. Se reconoce como un auténtico Derecho Humano en *La Declaración sobre el*

---

<sup>13</sup> Ciudadano es aquí equivalente a ciudadano del Estado o, más ampliamente, de la comunidad política organizada.

*Derecho al Desarrollo* elaborada el 4 de diciembre de 1986 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. El Derecho Humano es el más sólido fundamento ético, jurídico y político que justifica el mandato de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). Desde este enfoque, el desarrollo humano es el objetivo sustantivo de la cooperación para el desarrollo, y la lucha contra la pobreza forma parte de la construcción del mismo (Fernández y de la Fuente, 2009).

Según el *Informe sobre el Desarrollo Humano 2000*, “*el desarrollo humano y los derechos humanos se aproximan suficientemente en cuanto a motivaciones y preocupaciones para ser compatibles y congruentes, y son suficientemente diferentes desde el punto de vista de su concepción y estrategia para complementarse entre sí provechosamente*”. Tanto los Derechos Humanos como el desarrollo tienen como propósito promover el bienestar y la libertad sobre la base de la dignidad y la igualdad inalienables de todas las personas. El objetivo del desarrollo humano es el disfrute de todas las libertades fundamentales. También incluye las oportunidades para mejorar en la vida -como las que brindan la escolarización-, las garantías de igualdad y un sistema de justicia que funcione (Naciones Unidas, 2006: 7). Los Derechos Humanos están centrados en las personas y por eso reflejan un interés fundamental por las instituciones, las políticas y los procesos tengan la mayor participación y la cobertura más amplia posible, respetando la capacidad de todas las personas.

La *Declaración del Milenio*<sup>14</sup> de las Naciones Unidas sitúa explícitamente tanto los compromisos en materia de Derechos Humanos como los objetivos de desarrollo en el centro de las prioridades internacionales del nuevo milenio.

Acordaron ocho objetivos, cuantificados y con plazos precisos: erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el Virus de la Inmunodeficiencia Humana

---

<sup>14</sup> Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 55/2 de 8 de septiembre de 2000.

(VIH/SIDA), el paludismo y otras enfermedades, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Estos objetivos proporcionan una dirección a los esfuerzos encaminados a reducir la pobreza y una base común para medir los progresos realizados. Además, son hitos importantes para el logro de los Derechos económicos y sociales, a menudo desatendidos, ocupándose de la discriminación, la exclusión, la falta de poder efectivo y los fallos en la rendición de cuentas que se encuentran en la raíz de la pobreza, y otros problemas del desarrollo (Fundación FOESSA, 2013).

Los Derechos Humanos fortalecen los marcos de buena gobernanza y exigen: ir más allá de la ratificación de los Tratados de Derechos Humanos, integrar efectivamente los Derechos Humanos en la legislación y en la política y la práctica del Estado, establecer la promoción de la justicia como finalidad del Estado de Derecho, entender que la credibilidad de la democracia depende de la efectividad de su respuesta a las demandas políticas, sociales y económicas de la población, promover sistemas de contrapesos y salvaguardias entre las instituciones de gobernanza oficiales y oficiosas, realizar los cambios sociales necesarios, en particular en lo que antaño a la igualdad de género y la diversidad cultural, generar voluntad política y participación y concienciación del público, responder a los retos básicos en materia de Derechos Humanos y buena gobernanza, como la corrupción y los conflictos violentos.

Según el *Informe sobre el Desarrollo Humano 2013*, la equidad es un elemento fundamental para el desarrollo humano. Todas las personas tienen derecho a vivir una vida gratificante, acorde a sus propios valores y aspiraciones. Nadie debería estar condenado a vivir una vida breve o miserable por ser de una clase social o país equivocado, pertenecer a una raza o a un grupo étnico equivocado, o ser del sexo equivocado.

El EBDH es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de Derechos Humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los Derechos Humanos. Su propósito es analizar las desigualdades

que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo.

Desde la perspectiva de los Derechos Humanos, la caridad por sí sola no es suficiente. En un EBDH, los planes, las políticas y los procesos de desarrollo están anclados en un sistema de Derechos y de los correspondientes deberes establecidos por el Derecho Internacional. Ello contribuye a promover la sostenibilidad de la labor de desarrollo, potenciar la capacidad de acción efectiva de la población, especialmente de los grupos más marginados, para participar en la formulación de políticas, y hacer responsables a los que tienen la obligación de actuar.

Para las Naciones Unidas (2006) el valor práctico de un EBDH para el desarrollo reside en que: se centra en la realización de los derechos de las poblaciones excluidas y marginadas, y de aquellas cuyos derechos corren riesgo de ser infringidos, basándose en la premisa de que un país no puede avanzar de forma sostenida sin reconocer los principios de Derechos Humanos (especialmente la universalidad) como principios básicos de gobernanza. Un programa adopta una visión holística del entorno, teniendo en cuenta la familia, la comunidad, la sociedad civil y las autoridades locales y nacionales. Tiene presente el marco social, político y legal que determina la relación entre esas instituciones y las exigencias, los deberes y las responsabilidades resultantes, facilitando una respuesta integrada a problemas de desarrollo que tienen múltiples dimensiones. Los resultados específicos, el nivel de prestación de servicios y la conducta se derivan de los instrumentos universales de Derechos Humanos, los convenios y otros objetivos internacionalmente acordados. El EBDH ayuda a los países a traducir esos objetivos en resultados nacionales alcanzables. Las responsabilidades en el logro de esos resultados o niveles se determinan mediante procesos participativos -elaboración de políticas, planificación nacional- y reflejan el consenso entre las personas cuyos derechos son infringidos y las personas que tienen el deber de actuar al respecto. El EBDH ayuda a formular políticas, leyes, reglamentos y presupuestos que determinan claramente qué Derechos Humanos particulares hay que abordar y vela por

que se disponga de las capacidades necesarias. El enfoque contribuye a que el proceso de formulación de políticas sea más transparente y da a la población y las comunidades capacidad de acción para los que tienen el deber de actuar rindan cuentas al respecto, asegurando que existan vías de reparación efectivas en caso de violación de derechos. Un EBDH apoya la vigilancia de los compromisos de Estado con la ayuda de las recomendaciones de los órganos creados en virtud de los Tratados de Derechos Humanos, y mediante evaluaciones públicas e independientes de la actuación del Estado. Un EBDH lleva a resultados mejores y sostenidos en los esfuerzos de desarrollo y hace que las inversiones den mayores beneficios por los siguientes medios: aumentando la capacidad de los principales agentes para emprender el diálogo, cumplir sus propias responsabilidades y hacer que el Estado rinda cuentas; fortaleciendo la cohesión social mediante la búsqueda del consenso con procesos participativos y canalizando la asistencia a los excluidos y más marginados; codificando el consenso social y político sobre la rendición de cuentas en materia de resultados en leyes, políticas y programas acordes con los convenios internacionales; anclando los Derechos Humanos en un marco de leyes e instituciones; institucionalizando los procesos democráticos, y fortaleciendo las capacidades de las personas y las instituciones para cumplir sus obligaciones, expresadas en leyes, políticas y programas locales, nacionales e internacionales.

España en la cooperación al desarrollo, dispone de la *Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo* (AECID) que es una entidad de Derecho público adscrita al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación a través de la *Secretaría de Estado de Cooperación Internacional* (SECI). Su objetivo es el fomento, la gestión y la ejecución de las políticas públicas de cooperación internacional para el desarrollo, dirigidas a la lucha contra la pobreza y la consecución de un desarrollo humano sostenible en los países en desarrollo. La lucha contra la pobreza es el objetivo final de la política española de cooperación internacional para el desarrollo. La Declaración del Milenio y los objetivos de Desarrollo del Milenio anteriormente citados, configuran una agenda y metodología común en la lucha contra la pobreza, por

lo que son el principal referente de la política española de cooperación internacional (de Dios y Torres, 2010).

Según Fernández y de la Fuente (2009) la Cooperación al Desarrollo en la UE ha estado presente desde sus inicios en el año 1957 pero con distintas intensidades y grados de coordinación. La situación actual de lo que se ha llamado la nueva concepción de cooperación al desarrollo es fruto de la Declaración *El consenso europeo sobre desarrollo* firmada el 20 de diciembre de 2005 por el Consejo, el Parlamento Europeo y la Comisión, que proporciona una visión común de los valores, objetivos, principios y medios de la cooperación de la UE para el desarrollo. Este proceso gradual ha llevado a la UE en su conjunto (es decir, a la Comisión más los Estados Miembros) a convertirse en la actualidad en el mayor donante de AOD del mundo. La Política de Cooperación para el Desarrollo está representada a través de los siguientes tratados: Tratado de Roma, 1957; el Acta Única Europea, 1986; Tratado de Maastricht, 1992; Tratado de Ámsterdam, 1997; Tratado de Niza, 21 y Tratado de Lisboa, 27.

#### **1.4 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO**

La Política Social tiene como finalidad paliar determinados problemas sociales o perseguir objetivos que generalmente son percibidos como respuesta a tales problemas, suponiendo aquella intervención pública que incide en el bienestar de las personas facilitando sus condiciones de vida. Los objetivos últimos de la Política Social son la cobertura de las necesidades y la reducción de las tensiones sociales. Las necesidades son un producto o resultado de la acción humana y evolucionan, por eso se suele hablar de necesidades sociales. Vinculado al tema de las necesidades humanas encontramos el concepto de problema social, cuyo reconocimiento es tan difícil de precisar como la necesidad social. Podemos decir que la evidencia de un problema social depende de la existencia de carencias y de la decisión del grupo social en el que se presente, de que dicha carencia es un problema social. Así pues la Política Social se ocupa de los problemas sociales. La nueva ciudadanía y la cuestión social no pueden ser descritas al margen de la vulnerabilidad y exclusión social. También la Política Social comprende todo el campo del bienestar social y el Trabajo Social en todas sus ramas, coincidiendo



en su intención de satisfacer las necesidades que las personas no pueden afrontar por sí mismas. De acuerdo con la convención social de cada momento histórico.

El Estado del Bienestar asegura una protección social y bienestar básico para sus ciudadanos, implicando la provisión pública de una serie de Servicios Sociales, considerándose la encarnación de los Derechos de ciudadanía social.

Los Derechos Sociales expresan un conjunto de valores o decisiones básicas de una sociedad consagrados en el texto constitucional, y que les confiere carácter de normas fundamentales. Junto a los tradicionales Derechos de libertad y políticos, los ordenamientos contemporáneos han reconocido otros Derechos vitales como a la subsistencia, a la educación, a la alimentación, al trabajo, a la vivienda entre otros, otorgándoles rango constitucional. La tercera generación de Derechos Humanos incluyen los Derechos económicos, sociales y culturales, encontrándose el abanico de los Derechos Sociales, entre el que destacamos el derecho a los Servicios Sociales. El reconocimiento de los Derechos Humanos supone la prestación directa de servicios si los derechos de que se trata no pueden realizarse de otro modo, por ejemplo para ayudar a grupos que son incapaces de atender sus propias necesidades. El EBDH es un marco conceptual orientado a la promoción y la protección de los Derechos Humanos.

El estudio, tratamiento y desarrollo de las necesidades sociales constituye una actividad pública dominante y así la calidad de vida y el bienestar general encuentran las mejores condiciones para el desarrollo. Las necesidades no sólo tienen su origen fisiológico, sino que su núcleo originario también es psicológico y social. Profundicemos en el siguiente capítulo en la dilucidación de las necesidades sociales, la protección social y los Servicios Sociales.



**CAPÍTULO 2**

**SERVICIOS SOCIALES COMO SISTEMA DE  
PROTECCIÓN SOCIAL FRENTE A LAS  
NECESIDADES SOCIALES**



A continuación ofrecemos una descripción de los Servicios Sociales como sistema de protección según varios autores para introducirnos en el presente capítulo: *“el Sistema de los Servicios Sociales es uno de los que integran el sistema de protección social, junto al de la Seguridad Social y al de Sanidad, y las actuaciones y medidas sociales referidas al empleo y la vivienda. Este sistema de protección junto al de Educación, conforman el Estado del Bienestar”* (Felipe, 2004: 149). *“Al amparo de una interpretación constitucional significativa, los Servicios Sociales pueden ser considerados el cuarto pilar de los sistemas de bienestar en una sociedad donde los otros tres pilares serían el de los Servicios Sanitarios, el de los Servicios Educativos y las pensiones o prestaciones económicas de garantía de ingresos para la subsistencia”* (de Dios y Torres, 2010: 241). *“Los Servicios Sociales desempeñan un papel esencial en la lucha contra la pobreza y la exclusión social, son generadores de seguridad y bienestar social y generadores de actividad económica y empleo, además de una excelente herramienta para las políticas activas”* (Fernández, 2011: 48).

Así mismo, nuestra Carta Magna, la Constitución, ha definido como un principio fundamental la solidaridad y la igualdad que, traducido, es que todos tengan los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio español. Sobre la base de este principio se erradica la beneficencia, dando paso a una concepción universal de garantía de Derechos ante situaciones de necesidad. Desde esta concepción, lo que identifica a cualquier sistema público y lo diferencia de los otros sistemas del bienestar social es la atención que presta a la ciudadanía en cada uno de los ámbitos relacionados con la resolución de las diferentes necesidades humanas. En nuestro caso, el Sistema Público de Servicios Sociales ofrece la atención social a las necesidades básicas definidas en el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales actualmente vigente 2011-2012 (constituye el primer instrumento de ámbito estatal, dirigido a garantizar unas prestaciones mínimas comunes, a toda la población en tres niveles: lucha contra la exclusión social; prevención de la marginación; y mejora de la calidad de vida; servir como puerta de entrada a todo el sistema de protección social y Garantizar una red de equipamientos que desarrollen las prestaciones básicas de los Servicios Sociales). El profesional de referencia del sistema es el trabajador social y es a

él a quien le compete la máxima responsabilidad de hacer real el espíritu, la intención, el valor de la ley y de la Política Social, en su ejercicio profesional (Esnaola, Barriga y Martínez, 2007).

Los Servicios Sociales, por imperativo legal (artículo 148.1.20 de la Constitución) y por el principio de descentralización, están a cargo de las CCAA. Éstas, junto a las Diputaciones Provinciales y los ayuntamientos, como entidades más cercanas a los ciudadanos y a los focos de necesidad, son las entidades públicas responsables de los Servicios Sociales.

Podemos decir que la Ley 7/1985, hasta ahora (nueva Ley 27/2013) reguladora de las Bases del Régimen Local, es un referente en los Servicios Sociales, ya que en su artículo 25, expone que los centros de servicios públicos, contribuyen a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal y a ejercer competencias en materias entre la que cabe destacar (en su apartado k) la prestación de los Servicios Sociales y promoción y reinserción social. Según Felipe (2004) el sistema de Servicios Sociales ha tenido un desarrollo desigual, probablemente debido a los escasos estudios que se han realizado sobre las necesidades reales de las personas. El protagonismo de las CCAA es ineludible, pero la falta de una normativa-marco a nivel estatal ha hecho que cada una de ellas se estructurara a su forma y, aunque son innegables los puntos en común entre ellas, también lo son las diferencias, lo que repercute en una distinta protección para las personas según territorios geográficos.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ha impulsado el diseño y la aprobación de las nuevas leyes de Servicios Sociales que contemplan ya a los servicios como Derecho subjetivo, reforzando y revalorizando el Sistema Público de Servicios Sociales, articulando los servicios básicos y especializados: incorporando soluciones informáticas que dan más consistencia, seguridad y transparencia a los Servicios Sociales, marcándose un camino muy potente hacia la estructuración de un nuevo pilar de nuestro modelo europeo de protección social, junto con las pensiones, la sanidad y la educación (Fernández, 2011). Igualmente se puede decir que “*la aplicación informática*

*SIUSS ha sido una importante apuesta que ha tratado de impulsar el Plan Concertado, y que todavía no está generalizada. Supone una herramienta básica para una ajustada planificación de necesidades-recursos” (Felipe, 2004: 169).*

Además, los Servicios Sociales ejercen una función de prevención y de cohesión social y aportan ayuda personalizada para facilitar la inclusión de las personas en la sociedad y garantizar la realización de sus Derechos Fundamentales (de Dios y Torres, 2010). Así mismo, resaltamos lo relativo a “solidaridad social, la cooperación, autoayuda y voluntariado” como un complemento necesario para la efectividad del Sistema de Servicios Sociales, aunque no se consideran a efectos de convenios como prestaciones básicas (ninguna Administración puede “garantizarlas”), todas las prácticas y formulaciones de las Administraciones concertantes, coinciden en plantearse el fomento de la solidaridad (Perdomo, 2009).

El capítulo presenta tres apartados: en el primer apartado, exponemos las necesidades humanas básicas, las necesidades sociales como campo de intervención social y las nuevas necesidades emergentes. En el segundo apartado, de protección social, describimos su definición y conceptualización, su evolución en España y en Europa, las áreas de protección social en España y sus objetivos en el siglo XXI. Y en el último apartado, se hace referencia a los Servicios Sociales en España y en la Comunidad Valenciana. Se presentará una aproximación histórica somera al desarrollo del Sistema de Servicios Sociales en España; en segundo lugar, los principales rasgos del Sistema de Servicios Sociales actual; en tercer lugar, expondremos las principales características de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia; por último, se presentará una breve evolución del Sistema de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana.

El objeto del presente capítulo es relacionar las necesidades sociales con la protección social de los ciudadanos como Derecho y necesidad para vivir con seguridad y calidad de vida. Además todo esto se relacionará con el responsable directo de ofrecer la protección social y cubrir tales necesidades: el Sistema Público de Servicios Sociales. Intentaremos aportar documentación al objeto de nuestro estudio a través de la revisión

bibliográfica de autores y autoras expertos en el campo que nos compete y la exhaustiva revisión de la legislación.

## **2.1 LAS NECESIDADES SOCIALES**

### **2.1.1 Introducción**

Las necesidades básicas explicitan lo que los seres humanos compartimos: nuestra común vulnerabilidad. Si partimos de la noción de daño, perjuicio o privación en términos de participación profundamente deteriorada en una forma de vida o como incapacitación en grado tal que obstruye nuevos logros o consecución de objetivos que en otras circunstancias hubieran supuesto posibilidades reales para el individuo, contamos con una perspectiva adecuada para apreciar si en un determinado lapso de tiempo un ser humano va a sufrir un daño irreparable si permanece sin satisfacer una necesidad.

Los Servicios Sociales responden a necesidades sociales, y lo que identifica a cualquier Sistema Público y lo diferencia de los otros Sistemas del Bienestar Social es la atención que presta a la ciudadanía en cada uno de los ámbitos relacionados con la resolución de las diferentes necesidades humanas. Las nuevas necesidades emergentes contribuyen a evidenciar la intervención de los Servicios Sociales.

### **2.1.2 Las necesidades humanas básicas**

Las necesidades humanas responden, en cada comunidad y en cada época histórica, a un determinado nivel de desarrollo social, esto es, a una forma peculiar de organizar la producción, a una determinada concepción de valores y a unas formas particulares de relación entre los individuos y esa comunidad. Aunque consideremos que las necesidades humanas son históricas (construidas socialmente), cabe pensar que pueda concebirse, a su vez, la existencia de unas necesidades de naturaleza universal. Éste es el enfoque seguido por Gough y Doyal (1986) con su teoría sobre la existencia de unas necesidades humanas básicas de carácter universal. Podríamos definir estas necesidades universales como de subsistencia y, en las sociedades modernas, las



provocadas por la pobreza en un mundo de relatividades, las de educación, las de atención médica, las de vivienda, de transferencias de renta, de estabilidad social o las de intimidad. La supervivencia física y de autonomía personal son las necesidades básicas de todo individuo en cualquier cultura, las cuales deben ser satisfechas para poder participar en el logro de otros objetivos individuales y sociales. Pero estas necesidades básicas no son un fin en sí mismo sino instrumentos de objetivos universales de participación social que permiten el desarrollo de la libertad.

Las personas tienen, además de las necesidades materiales básicas, necesidades emocionales y culturales. Un tema como el de la pobreza (que veremos en el apartado 3.1.3), plantea a quien la sufre, además de falta de recursos monetarios, un problema de marginación y de aislamiento -de exclusión social-, lo cual incrementa el grado de desigualdad y potencia los problemas sociales (Montagut, 2000).

Las necesidades humanas responden a valores socialmente reconocidos, apreciados universalmente desde todos los puntos de vista por los seres humanos. La salud, la educación, las pensiones o mínimos de renta ante contingencias y adversidades, son valorados en nuestra cultura, como elementos que inciden directamente en nuestras condiciones de vida, influyendo en la mentalidad y por consiguiente en la asunción de determinadas responsabilidades y esfuerzos cotidianos (Esnaola et al., 2007).

El concepto de necesidad, ha sido tratado desde diversos ángulos y diferentes perspectivas por prácticamente casi todas las Ciencias Sociales. El concepto clásico de necesidad, que aparecía como el vínculo estable entre consumo y bienestar, deja de tener carácter individual, fisiológico y autónomo, para desdibujarse en un espacio informe que amplía la problemática desde el campo objetivo de la necesidad hasta el subjetivo mundo del deseo y que sólo encuentra una posible vía de estudio en su contextualización histórica. El diseño de un concepto operativo de necesidad -y de su origen social- es imprescindible para fundamentar las prácticas estatales de bienestar social, a través de los Servicios Sociales y una protección social, temas que serán tratados en los siguientes puntos del presente capítulo.

La forma habitual de presentar el tema de las necesidades ha sido introducir algún tipo de ordenación o graduación. De esta forma se suele separar las necesidades de tipo primario, aquellas que resultan básicas o vitales, ligadas a la supervivencia del individuo como un ente fisiológico, de las de tipo secundario, cuyo origen estaría inducido socialmente. Así el antropólogo Malinowski (1944), formulaba una jerarquía de necesidades: necesidades primarias, tales como la necesidad de nutrirse o beber, la necesidad del sueño o la necesidad de satisfacciones sexuales, etc., necesidades secundarias, entre las que se distinguen las necesidades instrumentales y las necesidades integradoras. Las personas se agrupan con objeto de satisfacer sus necesidades primarias, una vez cubiertas esas necesidades, se originan otras, las necesidades instrumentales: necesidades de promover la cooperación, de arbitrar los conflictos, de conjugar los peligros que amenazan la comunidad, etc. Las necesidades instrumentales suscitan respuestas institucionales: sistemas de comunicación (lenguaje, signos), sistemas de control social (normas, sanciones), sistemas simbólicos (creencias). El juego de mecanismos institucionales crea (de cara a la satisfacción de las necesidades instrumentales), mecanismos integradores más complejos: procesos de toma de decisión, legitimación de la autoridad, reglas de sucesión, etc. Nacen así, instituciones coordinadoras tales como las estructuras gubernamentales, religiosas o jurídicas.

Maslow estableció una escala funcional de necesidades con un conjunto de necesidades básicas inferiores y superiores. Las necesidades básicas tienen carácter instintivo y se ordenan por sí mismas en una jerarquía perfectamente definida según un principio de potencia relativa. Esto es, la satisfacción de cualquier necesidad permite que otras más débiles que habrían sido desplazadas pasen a primer plano para presentar su motivación; la satisfacción de una necesidad crea otra en un proceso que no conoce fin. Los cinco grandes bloques son los siguientes (Boeree y Gautier, 2006):

1. Las necesidades fisiológicas. Asociadas a la homeostasis o equilibrio normal y constante del organismo humano (oxígeno, agua, proteínas, etc.). Otras necesidades incluidas aquí son aquellas dirigidas a mantenernos activos, a dormir, a descansar, a eliminar desperdicios (CO<sub>2</sub>, sudor, orina y heces), a evitar el dolor y a tener sexo.

2. Necesidades de seguridad y reaseguramiento.
3. Las necesidades de amor y pertenencia (de amistad, de pareja, de niños y relaciones afectivas en general, incluyendo la sensación general de comunidad).
4. Las necesidades de estima (respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, apreciación, dignidad e incluso dominio, y respeto por uno mismo con sentimientos como confianza, competencia, logros, maestría, independencia y libertad).

Maslow llama a estos cuatro niveles anteriores necesidades de déficit. Esto es, si no tenemos demasiado de algo, sentimos la necesidad. Pero si logramos todo lo que necesitamos, dejan de ser motivantes. Considera a todas las necesidades como esencialmente vitales, incluso el amor y la estima son necesarios para el mantenimiento de la salud. Además, existe un quinto nivel:

5. Necesidad de auto-desarrollo o realización (motivación de crecimiento, necesidades de ser, y auto-actualización). La satisfacción de necesidades superiores requiere el concurso de un grupo social y, por tanto, tiene un carácter cívico y convivencial siempre deseable.

Heller (1996), en su obra *Una revisión de la teoría de las necesidades*, nos habla de la necesidad como una categoría social. *“Los hombres y mujeres tienen necesidades en tanto zoon politikon, como actores y criaturas sociopolíticas. Sin embargo, sus necesidades son siempre individuales. Podemos comprender la necesidad de cada persona; podemos conocer -si queremos conocerlo- qué necesita cada una de ellas. En lo relativo a la estructura concreta y a los objetos de sus necesidades, cada persona es diferente”* (Ibídem, 1996: 84-85). Las necesidades pueden situarse entre los deseos, por un lado, y las carencias (necesidades socio-políticas), por otro. Los deseos sólo pueden ser personales, idiosincrásicos; incluso pueden permanecer inconscientes. Las carencias, en el extremo opuesto de la triada (deseo-necesidad-carencia), son abstracciones. El deseo manifiesta nuestra relación psicológico-emocional y subjetiva con las necesidades, mientras que las carencias describen un tipo o clase de necesidad que la sociedad atribuye o asigna a sus miembros en general. Heller, nos describe el término de

*distribución social*, señalando que las necesidades sociopolíticas son distribuidas socialmente; lo mismo ocurre con sus objetos de satisfacción. Supone un término vago porque tanto los agentes como las formas de distribución social varían. “*Lo que ahora se denomina “sociedad civil” está compuesta principalmente por demandadores de necesidades y objetos de satisfacción, aunque no es la sociedad civil la que en realidad reasigna los objetos de satisfacción sino el Estado” (Ibidem, 2006:101)*. Los grupos de la sociedad civil utilizan normalmente el lenguaje de los Derechos. “El Derecho a algo” es la autorización legal para tener una necesidad de ese tipo. Sin embargo, pueden producirse serias tensiones entre Derechos, por un lado, y la satisfacción de las necesidades por otro. Los Derechos (capítulo anterior) reconocen las necesidades, pero no pueden garantizar su satisfacción allí donde hay demandas en conflicto acerca de recursos escasamente disponibles. Es por esto que no es un problema menor el de si los derechos comportan o no deberes (obligaciones). Por último, y en relación a este apartado, decir que si un grupo demanda una necesidad sociopolítica, ésta ha de reconocerse como una necesidad real.

En nuestro contexto histórico los Servicios Sociales responden a las siguientes necesidades, siguiendo a Bueno (1992):

1- *Necesidades de subsistencia*. Hay en la población personas con necesidad de ayuda considerada como básica para poder satisfacer sus necesidades elementales de comida, de alojamiento, de vestido. Existen colectivos que poseen una gran vulnerabilidad debido a la acumulación de factores de riesgo. En unos casos, la demanda de subsistencia bien dada por paro de larga duración, otras veces la pobreza urbana y la miseria con sus rasgos más tradicionales, cuando no del propio deterioro de la edad o de los procesos propios del envejecimiento. La situación en que se encuentran las personas sin hogar (PSH) es considerada como una de las formas más extremas de exclusión social y pobreza. La atención de necesidades básicas en este grupo vulnerable, supone ofrecer cobertura de las necesidades de alojamiento, alimentación, vestido e higiene de forma permanente. Cada Comunidad Autónoma debe establecer la correspondiente planificación que defina los ámbitos territoriales y su capacidad de

atención para dar respuesta a las PSH según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en su Informe de 2011 sobre la configuración de una red local de atención a personas sin hogar integrada en el Sistema Público de Servicios Sociales.

1- *Necesidad de información.* La información es un medio para promover la igualdad de oportunidades. Disponer de información supone disponer de poder social, allí donde están rotos los canales de información nos encontramos con procesos marginadores. Las posibilidades de información están directamente relacionadas con la posibilidad de acceder al ejercicio de los Derechos Sociales. Los Servicios Sociales responden a esta necesidad, ofertando a toda la población el conocimiento de los recursos sociales que cada uno precise mediante el asesoramiento técnico.

2- *Necesidad de accesibilidad.* Distintos colectivos de la sociedad tienen dificultades de acceso a los distintos sistemas de protección social: sanitario, educativo, de vivienda, etc. Los Servicios Sociales utilizan estrategias que fomentan la normalización en el uso de recursos ordinarios, adaptándose a las posibles dificultades de índole psicológica, social, cultural, etc.

3- *Necesidades de convivencia.* El desarrollo de la vida en sociedad requiere libertad personal, que permita una comunicación y una relación compartida en un mismo núcleo convivencial. A veces, las posibilidades quedan mermadas por causas económicas, de deterioro físico o de implicaciones psicológicas negativas. Los procesos de abandono y soledad son frecuentes, como factores de riesgo. Los Servicios Sociales por una parte, promueven aquellas medidas de intervención social que están dirigidas a apoyar el núcleo de convivencia ya existente mediante apoyo familiar, ayuda domiciliaria, etc. Y por otra parte, los Servicios Sociales también desarrollan su actuación mediante alternativas convivenciales como residencias, pisos tutelados, etc.

4- *Necesidades de cooperación.* En las relaciones sociales tradicionales se han mantenido funciones de cooperación y solidaridad entre los miembros de un mismo grupo social. Desde la comunicación y la relación interpersonal, en las estructuras sociales, se han generado procesos de ayuda mutua o de colaboración entre los miembros que han permitido responder a las necesidades individuales. Estas relaciones serían las de vecindad, de amistad, siendo circunstanciales a la provisión de necesidades

y al mantenimiento de relaciones de apoyo, compañía, etc. Los Servicios Sociales tratan de fomentar los programas de auto-ayuda buscando la colaboración de las personas próximas y mediante la organización de la acción voluntaria.

5- *Necesidades de participación.* El desarrollo de la convivencia debe orientarse hacia la implicación en tareas comunes, en objetivos compartidos dentro de la colectividad. Los Servicios Sociales mediante los modelos de actuación comunitaria, tratan de responder al cumplimiento de estas necesidades, promoviendo estrategias de actuación, fomentando la capacidad de auto-organización y de desarrollo de los propios implicados.

En nuestro caso, el Sistema Público de Servicios Sociales ofrece la atención a las necesidades básicas definidas en el Plan Concertado para todo el estado español en “el ámbito de las condiciones de vida y las relaciones de convivencia”. La Constitución Española, define como principio fundamental, la solidaridad y la igualdad, dando paso a una concepción universal de garantía de derechos ante situaciones de necesidad (Esnaola et al., 2007).

De algún modo, los objetivos últimos de la Política Social son la cobertura de las necesidades y la reducción de las tensiones sociales. Como ya hemos dicho, el objeto de la política de bienestar es la satisfacción de las necesidades humanas. En las sociedades actuales, de capitalismo avanzado las necesidades humanas básicas son concebidas como derechos morales, que al ser reconocidos como tales, orientan las Políticas Sociales (Montagut, 2000).

Los Estados del Bienestar se caracterizan por la diferenciación de sectores en su seno. Aunque las necesidades y los problemas de las personas constituyen un todo en la experiencia de sus vidas, las instituciones del Estado del Bienestar van estableciendo progresivamente segmentos de esas necesidades, cada uno de los cuales es atendido desde un sector de la Política Social. Esos sectores tienden a institucionalizarse de forma diferenciada: definen su objeto (la enfermedad/salud; el riesgo de perder el salario; la necesidad de adquirir conocimientos, destrezas y competencias), establecen su modelo de atención (la atención médica, las pensiones y prestaciones económicas, la

enseñanza) y suelen articularse por medio de determinadas profesiones (las sanitarias – médicos, enfermeros-, las docentes, las de Servicios Sociales –trabajadores sociales-). Su institucionalización diferenciada suele traducirse en el establecimiento de departamentos separados en la Administración Pública. En nuestro país, son cuatro los pilares (sanidad, educación, pensiones y protección por desempleo, Servicios Sociales y atención a la dependencia). *“Hay otros sectores claramente visibles en nuestro Estado del Bienestar, como el acceso al empleo (a través de los servicios de colocación y las políticas activas de empleo) y la vivienda. Si aceptamos la presencia de estos dos últimos, estaríamos ante seis factores”* (Aguilar, Llobet y Pérez, 2012: 15).

### **2.1.3 Las necesidades sociales como campo de intervención social**

La necesidad, en los seres humanos es una tendencia natural hacia la consecución de los medios que le son propios para su mantenimiento y desarrollo. La necesidad se manifiesta en un estado de carencia de los medios para satisfacer las aspiraciones humanas, puede ser particular y social, la primera se refiere a aquellas carencias que no comprometen más que a los individuos como tales. La segunda es la que compromete, en mayor o menor grado o extensión, a la sociedad y sólo de ésta puede recibir la solución adecuada. En la sociedad moderna, cada vez más las necesidades se van convirtiendo en sociales por el proceso creciente de concentración de la producción, por la complejidad de los servicios y por la interrelación entre la vida privada y los diversos ámbitos de la vida colectiva. En cuanto a recursos sociales, son los medios humanos, materiales, técnicos, financieros e institucionales de que se dota a sí misma una sociedad para subvenir a las necesidades de sus individuos, grupos y comunidades. La condición de sociales adviene a los recursos, no porque su uso sea colectivo, lo cual ciertamente no ocurre en el caso de ciertas prestaciones (pensiones), sino porque su función cumple un objetivo social y no particular. Es necesario conocer la relación entre estos dos términos, que se manifiesta permanentemente en cambio por la propia dinámica de la vida, en la que constantemente aparecen nuevas necesidades que reclaman nuevos recursos, a medida que el ser humano y el mundo, y los seres humanos entre sí, se transforman en sus mutuas relaciones naturales y sociales. *“El*

*estudio, tratamiento y desarrollo de las necesidades sociales constituye una actividad pública dominante y así la calidad de vida y el bienestar general encuentran las mejores condiciones de pleno desarrollo” (las Heras y Cortajarena, 1985: 31).*

Ofrecemos en la tabla 1 una clasificación de necesidades básicas, intermedias y satisfactorias con los correspondientes criterios o indicadores sociales para determinar si estamos en presencia de una necesidad fundamental o no, elementos o requisitos exigidos para un nivel básico de autonomía y bienestar que dote a los seres humanos de expectativas de una vida digna, en definitiva de necesidades sociales que permitan vivir con unos mínimos de calidad de vida.

Tabla 1. Necesidades básicas, intermedias y satisfactorias e indicadores sociales.

COMPONENTES NECESIDADES BÁSICAS (POSITIVOS O NEGATIVOS)	INDICADORES QUE SE SUGIEREN
SALUD FÍSICA	- Esperanza de vida a varias edades.
Posibilidades de supervivencia.	- Tasa de mortalidad por edades específicas, especialmente infantil y por debajo de los cinco años.
Mala salud física.	- Incidencia de discapacidad o diversidad funcional (personas con discapacidad o diversidad funcional). - Incidencia de desarrollo infantil insuficiente. - Porcentaje de personas que sufren dolencias graves. - Tasas de morbilidad en relación a clases de enfermedad.
AUTONOMÍA	- Incidencia de trastornos psíquicos, depresivos y otras enfermedades mentales graves.
Privación cognitiva.	- Falta de conocimientos de relevancia cultural. - Analfabetismo.
Posibilidades de acción.	- Falta de capacidad comunicativa. -Desempleo y otras evaluaciones de marginación de tareas sociales significativas. - Falta de tiempo libre.



CARACTERÍSTICAS UNIVERSALES DE SATISFACCIÓN	INDICADORES SOCIALES
<p>AGUA Y COMIDA</p> <p>Consumo nutritivo adecuado.</p>	<p>- Consumo calórico por debajo de las exigencias de la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO)</p> <p>- Consumo de otros nutrientes por debajo de mínimos</p> <p>- % que no tiene acceso a agua potable/ % que sufre enfermedades por deficiencias y malnutrición/ % de bebés con bajo peso al nacer/ % de obesos</p>
<p>VIVIENDA</p> <p>Protección Adecuada. Servicios básicos adecuados</p> <p>Espacio adecuado por persona</p>	<p>- % de PSH/ % en viviendas que no protegen del clima normal/ % sin servicios sanitarios adecuados/ % de personas que viven por encima de una media de habitación</p> <p>-Incidencia de riesgos específicos</p>
<p>TRABAJO</p> <p>Entorno laboral seguro</p>	<p>- Incidencia de trabajos que perjudican la autonomía emocional y cognitiva</p> <p>- Lesiones/muertes por accidentes laborales</p> <p>- Lesiones/muertes por enfermedades laborales</p>
<p>ENTORNO FÍSICO</p> <p>Entorno seguro</p>	<p>- % que experimenta concentraciones de agentes contaminantes por encima de niveles especificados: aire, agua, suelo, radiación, ruido</p>
<p>SANIDAD</p> <p>Provisión de una atención adecuada</p> <p>Acceso a la atención adecuada</p>	<p>- Médicos/personal sanitario/camas de hospital por habitante por debajo de niveles especificados</p> <p>- % sin acceso a servicios de salud comunitarios/ % que no está inmunizado contra enfermedades específicas</p>
<p>NECESIDADES DE LA INFANCIA</p> <p>Seguridad en la infancia</p> <p>Desarrollo infantil</p>	<p>- % de niños abandonados / % de niños víctimas de abusos/ % de niños que sufren falta de estímulos, respuestas positivas, responsabilidad</p>

GRUPOS DE APOYO	
Relaciones sociales significativas	- % sin una relación cercana/ % con contactos escasos o sin ellos/ % que no tienen a quién recurrir en caso de necesidad/ % que sufre pobreza absoluta/ % que sufre pobreza relativa
Grupos de apoyo primarios	- % que posee poca protección contra contingencias especificadas
SEGURIDAD	- Tasas de homicidios
	- Tasas de víctimas de crímenes violentos
	- Víctimas de la violencia estatal
	- Víctimas de la guerra
EDUCACIÓN	
Acceso a capacitación educativa	- Falta de educación primaria y secundaria
Acceso a conocimientos interculturales	- Años de estudios formales por encima de un nivel dado
	- Falta de cualificaciones específicas
	- Falta de educación universitaria

Fuente: Adaptado de Añón y García, 2004: 111-112.

Todas las necesidades, en la medida en que no son determinaciones mecánicas, son necesidades sociales, y una parte de las mismas, definidas para la reproducción de la existencia humana son necesidades sociales básicas que tendrán una especificación genérica como “mínimo de subsistencia”, noción claramente dependiente del contexto social del que se hable y a partir de la que se establezcan valoraciones tan fundamentales como la privación, penuria, escasez. Este mínimo de subsistencia remite a lo que podríamos denominar los “irrebasables” que, estando determinados social e históricamente, pueden ser entendidos como aquellas cuestiones que tienen un carácter irreversible, es decir, que no se pueden tener o no, disfrutar de ellas o no, que no se puede prescindir de ellas libremente, ya que su ausencia significa necesariamente, y no se emplea el adverbio por casualidad, el fin del juego en el que se esté involucrado y el fin de toda posibilidad de seguir jugando. Por eso determinados irrebasables parecen una fuente de racionalidad, y son ampliamente utilizados. En la medida en que el nivel

de vida de una sociedad sube, también las necesidades humanas, y a la inversa. En otras palabras, la población de sociedades comparativamente más pobres, necesitan menos que los de las más ricas (Ballester, 1999).

Desde un contexto general podemos entender que la acción social responde a una doble función: cumplimiento de las funciones legitimadoras de la Política Social y recogida de las demandas sociales, interviniendo sobre el binomio necesidades-recursos. La necesidad designa e identifica los problemas. En este sentido, la necesidad asume una función diagnóstica de la problemática social, y al mismo tiempo promueve las ayudas requeridas para solventar el estado de necesidad, con lo cual asume también una función prescriptiva. El concepto de necesidad muestra su carácter central en la definición y desarrollo de las Políticas Sociales. Entendemos que los reconocimientos de unos derechos de convivencia, de ciudadanía social tal como han sido definidos en el capítulo anterior, conllevan necesariamente el reconocimiento público de estas garantías y la creación de estructuras institucionales encargadas de acometer la satisfacción de dichos Derechos Sociales. La clásica evolución de la beneficencia, asistencia social, Seguridad Social y Servicios Sociales son el reconocimiento histórico de una conceptualización de la intervención institucional en la problemática social, de la forma, en definitiva, que los poderes públicos entienden su papel ante las necesidades sociales creadas en el ámbito de la convivencia de los ciudadanos (Bueno, 1992). Como antecedente de entidad benéfico-social de la Iglesia católica, en marzo de 1960, se constituye Cáritas Española, que cumpliría un importante papel en la atención de las necesidades sociales, con el objetivo de generar una acción social que superara la tradicional acción benéfica (Montagut, 2000).

Normalmente, las necesidades son divididas en económicas, sociales, políticas, espirituales, culturales, emocionales y psicológicas entre otras. Las necesidades económicas, sociales y políticas están siempre relacionadas y son todas necesidades culturales en el sentido más amplio de la palabra. Después de todo, son los valores los que constituyen las necesidades y las diferencian y, por otra parte, las necesidades son evaluadas culturalmente, y con frecuencia también moralmente (Heller, 1996).

Las necesidades sociales se manifiestan a nivel individual, grupal y comunitario, niveles que se relacionan entre sí, porque toda necesidad social, individual y grupal se produce en un medio comunitario, y en él encuentra o debe encontrar su solución adecuada. Cuando la comunidad se posiciona frente a una necesidad social, se generan las condiciones subjetivas y objetivas adecuadas para que se produzca su satisfacción. A partir de este momento, las necesidades sociales dan un salto cualitativo, pasando de la condición de necesidades que nos dominan a necesidades que podemos dominar. El dominio efectivo se realiza mediante la institucionalización de las medidas que la comunidad requiere. Generalmente, a esta manifestación comunitaria de las necesidades se la ha denominado como necesidades sentidas y se les considera la base para una correcta planificación social. Las necesidades sociales exigen un orden de prioridad para su tratamiento, es el principio de prelación. Este principio es muy usado en planificación social, dado que hay que coordinar el nivel de necesidades con el de recursos, lo cual exige una jerarquización de las necesidades según lo determine la propia comunidad, sujeto de las mismas. Según este criterio de prelación, nos encontramos ante necesidades preferentes, urgentes y ordinarias. Las preferentes son aquellas que, en una planificación, gozan de una mayor importancia y jerarquía y a las que, se subordinan las demás. Las necesidades son urgentes, cuando exigen una preferencia no jerárquica sino temporal. Las necesidades urgentes se originan por emergencia, imprevistos o faltas de programación. Por eso, se deben destinar fondos siempre para cubrir estas urgencias. Son ordinarias las que se dan de forma sistemática sin requerir, para su tratamiento habitual, una especial preferencia ni urgencia (las Heras y Cortajarena, 1985).

La intervención de los trabajadores sociales tiene su sentido y adquiere identidad en la atención integral de las necesidades sociales humanas en el sentido más pleno de la palabra, sabiendo que esas necesidades van mucho más allá que lo puramente material y tangible, y sabiendo que esas necesidades, son en la mayoría de los casos, exponentes de otras cuestiones más profundas relacionadas con la dinámica de las relaciones humanas, con la vivencia de las realidades individuales, las actitudes y capacidades ante las situaciones de dificultad, en definitiva, por la interacción entre el

hombre y su medio que, como sabemos, es algo que cada una de las personas lo vive de manera distinta (Esnaola et al., 2007). El binomio necesidades-recursos sociales es el que objetiva el campo de intervención del Trabajo Social. Por una parte, las necesidades sociales (y el tratamiento directo que requieren) son las que dan contenido y justificación a dicho trabajo; por otra, los recursos sociales son los instrumentos que esta profesión utiliza para el tratamiento de las necesidades sociales (las Heras y Cortajarena, 1985).

Álvarez (2001) y Ariño (1999) hablan de la relación entre las necesidades y los satisfactores. Afirman que si queremos definir o evaluar un medio en función de las necesidades humanas, no basta con comprender cuáles son las posibilidades que el medio pone a disposición de los grupos o de las personas para realizar sus necesidades, es preciso examinar en qué medida el medio reprime, tolera o estimula que las posibilidades disponibles o dominantes sean recreadas y ensanchadas por los propios individuos o grupos que lo componen. Son los satisfactores los que definen la modalidad dominante que una cultura o una sociedad imprimen a las necesidades. Los satisfactores no son los bienes económicos disponibles sino que están referidos a todo aquello que, por presentar formas de ser, tener, hacer y estar, contribuye a la realización de necesidades humanas. Pueden incluir, entre otras, formas de organización, estructuras políticas, prácticas sociales, condiciones subjetivas, valores y normas, espacios, contextos, comportamientos y actitudes; todas entre consolidación y cambio. La alimentación es un satisfactor, como también puede serlo una estructura familiar (de la necesidad de protección, por ejemplo) o un orden político (de necesidad de participación, por ejemplo). Un mismo satisfactor puede realizar distintas necesidades en culturas distintas, o vivirse de manera divergente por las mismas necesidades en contextos diferentes. Mientras un satisfactor es en sentido último el modo por el cual se expresa una necesidad, los bienes son en sentido estricto el medio por el cual el sujeto potencia los satisfactores para vivir sus necesidades. Ya no se trata de relacionar necesidades solamente con bienes y servicios que presuntamente las satisfacen; sino de relacionarlas además con prácticas sociales, formas de organización, modelos políticos y valores que repercuten sobre las formas en que se expresan las necesidades.

En resumen, podemos afirmar que una necesidad humana básica es aquella situación o estado de cosas que referido a una persona que es un elemento constitutivo de su capacidad de ser un agente moral. Las necesidades básicas están vinculadas a un nivel elemental de autonomía y supervivencia. Si estas necesidades no son satisfechas, experimentan un daño o sufrimiento grave (Añón y García, 2004). Las necesidades sociales, requieren de una valoración e intervención social cuando se identifiquen problemas sujetas a las mismas.

#### **2.1.4 Las nuevas necesidades emergentes**

En los últimos años estamos siendo testigos de la emergencia de nuevas necesidades sociales o necesidades sociales emergentes. Nuevas por la magnitud de las necesidades y por los escenarios en los que se producen. Este cambio de escenarios pivota fundamentalmente sobre cinco ejes: la globalización, el avance tecnológico y las nuevas formas de comunicación, la incorporación de la mujer a lo público y los cambios sociales y familiares derivados, la inmigración y la consecuente heterogeneidad y la longevidad junto a los procesos derivados especialmente de la dependencia. Al lado de estos cinco ejes se puede señalar uno transversal, consecuencia/causa/consecuencia de algunos de ellos y que afecta a nuestro país desde hace tiempo: la crisis de empleo, paro estructural, modificación de los derechos laborales etc. Estos ejes son efectivamente las circunstancias objetivas que están determinando la magnitud de las necesidades sociales y cómo éstas están condicionando nuestra sociedad y modo de vida ya que, este cambio de escenarios, propicia además como consecuencia directa situaciones ante las que la intervención se ve cada día cuestionada (García, 2007):

- La globalización, la sostenibilidad social y el desarrollo humano. Las necesidades que potencia esta realidad son: la crisis laboral, paro estructural que incide en jóvenes y grandes grupos de población, las nuevas situaciones de pobreza y/o exclusión de grupos numerosos, desequilibrios territoriales, desigualdades y marginación en crecimiento, sociedades competitivas complejas y poco cuidadosas con la vulnerabilidad y potencia la emigración. Afectando estas nuevas necesidades a la intervención social, apareciendo como

objeto de la misma un gran número de personas que, hasta el momento, no habían necesitado del Sistema Público de Servicios Sociales.

- El avance tecnológico y las nuevas formas de comunicación. Las necesidades que potencian esta realidad son: la exclusión de trabajadores poco cualificados, exclusión de grupos numerosos, fractura social y/o digital y potencia el aislamiento e incomunicación. Desde la intervención social se puede potenciar el acceso de todos los ciudadanos a los recursos de la tecnología, utilizando la información tecnológica como apoyo al progreso individual.
- La incorporación de la mujer a lo público y los cambios familiares y sociales derivados. Las necesidades que potencia esta realidad son: necesidad de acciones positivas para la igualdad real, la conciliación de la vida laboral y familiar, el desarrollo de nuevos servicios de atención y potencia la flexibilidad de los servicios de atención a la familia. La intervención social visibilizará y ofrecerá una atención especial a las situaciones de violencia de género a través de programas integrales de atención.
- La inmigración y la consecuente heterogeneidad. Las necesidades que potencia esta realidad son: la emigración configura la sociedad pero esta configuración no está exenta de peligros, no se debe de negar la existencia de los problemas que produce, personas que deben de ser cuidadas con mecanismos de acogida para convertirles en individuos autónomos, incremento de la población y de necesidades de servicios, necesidades de las personas que llegan, situaciones precarias y altas necesidades de servicios y potencian dificultades de inserción, diferente bagaje cultural y proceso de adaptación lento. En relación a la intervención social y como la afecta, presenta la necesidad de nuevos servicios, supone una sobrecarga de los sistemas de protección y existe una necesidad de servicios dirigidos a la mejora de la convivencia.
- La longevidad y los procesos derivados, especialmente la dependencia. Las necesidades que potencia esta realidad son: la atención a la dependencia y enfermedad, los servicios y asistencia de proximidad, la protección ante situaciones de soledad, la equidad y suficiencia económica y potencia la existencia de desigualdad territorial y precariedad de recursos. La intervención

social se ve afectada por la necesidad de intervenir cambiando el planteamiento basado en las necesidades por un planteamiento basado en los Derechos.

- Las nuevas formas de empleo. Los contratos basura, los temporales y la inestabilidad laboral provocan la pérdida de poder adquisitivo con el consiguiente empobrecimiento y carencia de recursos de subsistencia, potenciando la economía sumergida y marginal. Estas situaciones llevan normalmente aparejadas graves trastornos de convivencia, de integración e incluso de salud.

En una encuesta de opinión y valoración realizada por Subirats (2007) a los principales agentes del Sistema de Servicios Sociales (profesionales de los centros de Atención Primaria). Se agruparon las necesidades sociales a las que deben hacer frente los profesionales de Servicios Sociales, en seis dimensiones: doméstico-familiar, dimensión de dependencia, discapacidad y enfermedades crónicas, dimensión origen-etnia, dimensión económico-laboral, residencial y la dimensión de estigmatización social con ítems referidos a: problemáticas familiares (separaciones, relación con los hijos, personas mayores, etc.), sobrecarga del trabajo doméstico y de cuidados sobre las mujeres, necesidad de guarderías, violencia de género, madres solas con hijos pequeños, familias desestructuradas, adolescentes en situación de riesgo social y absentismo escolar (u otras problemáticas en centros educativos), como consecuencia afecta más debido a los cambios sociales relacionados con la entrada de muchas mujeres en el mercado de trabajo, el cambio en las nuevas formas de organización familiares, al aumento de la esperanza de vida y, finalmente, a la llegada de adolescentes sin familia procedentes de otros países. Los resultados respecto a las necesidades y problemáticas sociales agrupadas en la dimensión de dependencia, discapacidad y enfermedades crónicas en la actualidad tienen una elevada importancia, y a lo largo de los últimos diez años han aumentado bastante. A causa del envejecimiento de la población española, teniendo repercusiones también sobre los cuidadores. En un porcentaje inferior, la importancia de la dimensión étnica y de origen ha aumentado debido al incremento de la tasa de inmigración en España. El estudio remarca que la distribución de las necesidades sociales sobre el territorio se encuentra claramente polarizada; las problemáticas están



muy por encima de la media nacional en los municipios y ciudades que tienen más de 20.000 habitantes, y un poco por debajo de la media en los municipios de menor tamaño. Por lo tanto, como dato de interés, el estudio nos dice que grado de concentración o dispersión urbana es un factor que incide en los factores de exclusión de forma diversa, sin embargo, en los espacios urbanos, tal vez sean mayores si se tiene en cuenta la densidad y diversidad de los problemas y la dimensión territorial de los factores exclusógenos. Para concluir el estudio a lo largo de los últimos diez años las necesidades sociales han mantenido o aumentado su importancia, que en ningún caso el tipo de problemáticas con las que se enfrentan los Servicios Sociales han disminuido. La percepción de los profesionales del sistema de incremento progresivo de la cantidad y diversidad de las situaciones de vulnerabilidad social, sin por ello disponer de más recursos (económicos, humanos, técnicos) (Ibídem, 2007).

## **2.2 LA PROTECCIÓN SOCIAL**

### **2.2.1 Introducción**

La base de la responsabilidad pública de la protección social viene fundamentada normativamente en nuestra Constitución, donde en el capítulo III, dedicado a los Principios Rectores de la Política Social y Económica, figuran una serie de normas clave para la cuestión que nos ocupa.

El Estado del Bienestar y las Políticas Sociales que lo configuran se hacen realidad gracias a la existencia de una financiación de los programas, servicios y prestaciones que las desarrollan. El gasto social es el concepto que recoge esas partidas presupuestarias y a través de ellas se hace evidente el esfuerzo que cada sociedad dedica a la configuración de su Estado del Bienestar. El gasto social nos informa de los importes disponibles para financiar los recursos humanos y materiales que sustentan los Servicios Sociales y para otorgar las prestaciones económicas, pensiones y otras ayudas establecidas en las leyes, normativas y programas. La evolución del gasto social tiene una estrecha relación con las variables económicas y políticas que representan el

contexto sobre la decisión de las cantidades de recursos a asignar a cada una de las funciones de la protección social (Alemán, 2009).

Pasamos a continuación a describir con más detalle la protección social, desde su concepto, evolución, áreas de protección y sus objetivos.

### **2.2.2 La definición y conceptualización**

El European System of Integrated Social Protection Statistics (ESSPROS) define la protección social como *“todas las actividades de organismos públicos y privados destinadas a aligerar las cargas que representan para los hogares e individuos una serie determinada de riesgos o necesidades, siempre que no haya un acuerdo simultáneo ni recíproco, ni individual”* (Eurostat, 2011: 9).

La protección social comprende las siguientes funciones (Navarro y Quiroga, 2003; Felipe, 2004): la enfermedad y la atención sanitaria (actividades relacionadas al mantenimiento de la salud y al tratamiento de enfermedades); la invalidez (prestaciones de mantenimiento de la renta y las ayudas en efectivos o en servicios relacionados a atención de las personas con disminución de sus capacidades físicas o psíquicas); la vejez (prestaciones de jubilación y ayudas dinerarias o en servicios relacionados con la vejez); la supervivencia (incluye las prestaciones por viudedad y orfandad y las ayudas en efectivo o en servicios relacionados con la muerte de un miembro de la familia); la familia e hijos (prestaciones en efectivo o servicios de atención al embarazo, nacimiento, adopción y maternidad); el paro (mantenimiento de una renta mínima para los parados y servicios relacionados con la situación de paro); la vivienda (financiación de la vivienda); la exclusión social no clasificada en otros apartados (mantenimiento de renta y otros servicios relacionados con la lucha contra la exclusión social).

Para Felipe (2004: 33), la protección social es *“el conjunto de actuaciones que pueden realizarse por una diversidad de entes públicos o privados para proteger a las personas de una serie de riesgos o contingencias”*. La base de la responsabilidad pública de la protección social viene fundamentada normativamente en nuestra

Constitución (capítulo III, Principios Rectores de la Política Social y Económica, el artículo 41 referido a la Seguridad Social; el 43, a la protección de la salud; el 39, sobre protección de la familia y los menores; el 49, sobre protección de las personas con alguna discapacidad; y el 50, sobre las personas mayores y los Servicios Sociales). En nuestro país la protección social comprende: la Seguridad Social, que cubre las contingencias de enfermedad, vejez, invalidez, accidentes y enfermedades profesionales, supervivencia, maternidad, familia o desempleo; los Servicios Sociales que atienden las situaciones de pobreza, exclusión, y las necesidades de colectivos específicos (personas mayores, mujeres, menores, discapacitados, toxicómanos, etc.); la Sanidad, y medidas de apoyo al empleo, a la vivienda y otras. El gasto en protección social es *“todo gasto ocasionado por la cobertura de las cargas que resultan para los individuos o los hogares de la aparición o de la existencia de ciertos riesgos, contingencias o necesidades, en la medida en que este gasto da lugar a la intervención de un tercero y sin que por ello se dé contrapartida simultánea y equivalente del beneficiario”* (Eurostat, 1996: 206).

La protección jurídica entraña aplicar instrumentos de Derechos Humanos y legislación, asimismo la protección social se logra en gran medida activando y fortaleciendo las redes sociales y los mecanismos comunitarios que reducen riesgos y satisfacen necesidades inmediatas. Para la protección es menester contar con mecanismos tanto jurídicos como sociales, según la Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007) y en su guía sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia.

*“La solidaridad constituye la base moral de los actuales sistemas de protección, entendida como primacía de los intereses generales sobre particulares en las situaciones de inseguridad”* (Picó, 1996: 37). La expresión política de esa solidaridad la realiza el Estado. La solidaridad también está presente en la modalidad contributiva de la Seguridad Social, mediante el reparto del sistema de pensiones (solidaridad intergeneracional), o el referido a la salud, por el que las personas activas en el mercado laboral con sus cotizaciones pagan a las que no pueden trabajar (por enfermedad,

invalidez o maternidad). La seguridad como principio básico de los sistemas de protección, está fundamentada en el hecho de que incluso las personas que trabajan pueden perder sus ingresos por causas ajenas a su voluntad, y de que no pueden protegerse de esos riesgos por sus propios medios. “*Los riesgos son previstos mediante asistencia sanitaria, la recuperación profesional, las pensiones y prestaciones de incapacidad, riesgo durante el embarazo, enfermedad o accidente laboral, jubilación y desempleo. En nuestro sistema de protección a otros riesgos que exceden el área del ámbito laboral, se realiza por medio de los Servicios Sociales*” (Felipe, 2004: 36).

### **2.2.3 La evolución de la protección social en España y Europa**

La protección social en España, tiene como antecedentes legislativos la Ley de Trabajo de 1900 y el Retiro Obrero Obligatorio de 1919. Los primeros seguros sociales protegían colectivos muy específicos de asalariados. El Estado, respondió al crecimiento económico subordinando los objetivos de protección y redistribución a las prioridades económicas, de esta forma, los servicios asistenciales directos crecieron poco: en 1958 eran del 0,5% del presupuesto y en 1970 del 0,6%. Más adelante, las corporaciones locales fueron las auténticas reformadoras y motores del cambio y de la transformación.

A principios de los años 70 se aprueban dos leyes importantes: la Ley General de Educación de 1970, que tiene como precedente el Libro Blanco de 1969 (*La educación en España. Bases para una política educativa*) y que establece un sistema de Educación General Básica universal, único, obligatorio y gratuito, y la Ley de Perfeccionamiento y Reforma de la Seguridad Social de 1972 que regula la protección en materia de salud y pensiones. Ambas leyes respondieron a presiones que exigían mejores servicios públicos y fueron el impulso del crecimiento en gasto social, que pasó del 11% del PIB en 1970, al 19% en 1981. No obstante, el verdadero modelo protector arranca con los Pactos de la Moncloa en 1977, que inauguraron el Estado del Bienestar democrático (Montagut, 2000), que tratan de conjugar la consolidación de los Derechos Sociales.

Algunos factores que intervinieron en el crecimiento del gasto público social en España en la época democrática del período de los 80, fueron: factores demográficos por el crecimiento y envejecimiento de la población; factores económicos: El estado de la economía venía definido por el crecimiento y la recesión económica, el crecimiento de la renta per cápita y el mayor grado de apertura comercial. Se produjo un proceso de modernización tecnológica, y un alto grado de urbanización. En el mercado de trabajo se produjo un aumento de la tasa de asalarización, y de la tasa de desempleo; factores sociales y políticos: El cambio de sistema político (de una dictadura a una democracia), y las tensiones en el período de transición. La fuerza de los sindicatos fue cobrando fuerza, con la consiguiente defensa de los intereses de la clase trabajadora; la burocracia: Los intereses de las élites políticas, las burocracias y los grupos de interés fueron vitales para la formación del Estado del Bienestar español, la transformación institucional del Estado: La construcción del Estado de las autonomías y el proceso gradual y creciente de descentralización del gasto público, no fue paralela a la corresponsabilidad fiscal de los gobiernos autonómicos; factores de inercia en las políticas públicas, por la importación o imitación de las experiencias de otros países europeos más adelantados. Llevó a la universalidad de muchas prestaciones, al aumento de la cobertura y modificación del tiempo de percepción de los beneficios sociales; el sistema político, de los 80, con alternancia de partidos y la competencia electoral; la estructura del sistema fiscal: La combinación existente entre impuestos directos e indirectos, y los fallos del sistema en la fiscalización, que hacía invisibles los verdaderos costes sociales y los costes crecientes en la prestación de los servicios públicos frente a los del sector privado por el menor crecimiento de la productividad (Ochando, 1999).

El resultado es un doble proceso contradictorio: *desmercantilización* (se produce cuando se presta un servicio entendido como derecho y cuando una persona puede ganarse la vida y mantenerla en un nivel de vida socialmente aceptable sin depender del mercado), por el que se llega a la universalización de los servicios de la sanidad y la educación, de las prestaciones sociales, sobre todo en pensiones y en menor grado en la protección por desempleo y *remercantilización* o énfasis en la ampliación de la

producción privada de servicios colectivos por la supuesta mayor eficacia en el mercado. Un proceso de cambio en el sistema a destacar es del inicio de la privatización de servicios que se produce con la expansión de la producción privada de servicios financiados por el Estado, sobre todo el educativo y el sanitario y existe un auge del sector voluntario a través de asociaciones y fundaciones.

Según Felipe (2004), otra característica del modelo de protección desarrollado en España fue la creación del FONAS en 1960, que facilitaba una prestación mínima para personas mayores de 69 años e inválidas, la aprobación de la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI) en 1981, para personas minusválidas y la protección social por desempleo de 1984. Desde 1989 se establece las Rentas Mínimas de Inserción (RMI) (la primera en el País Vasco) que tenía como objeto a las personas con dificultades en la inserción social y las pensiones no contributivas en 1990 para personas mayores y minusválidas. La deseada redistribución de renta como objetivo de las Políticas Sociales y principio fundamental del sistema de protección, ha tenido en España un tímido reflejo en la realidad, fruto de la eterna subordinación al protagonismo de la política económica. Otro factor a tener en cuenta fue la descentralización de las políticas de protección que se produce en España a causa de las competencias en materia de protección que reciben las CCAA, y que ha provocado dos efectos contrapuestos: por una parte una extensión y cercanía de la protección a las personas, y por otra un desequilibrio y agravio entre comunidades, existiendo escenarios divergentes entre las mismas (Uceda-Maza y García-Muñoz, 2010).

En este modelo, las organizaciones voluntarias se configuraron como un importante actor dentro del sistema, siempre que consigan mantener su independencia de la financiación pública. Además cabe hacer mención a los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social del Reino de España, siendo especialmente importantes por la gama de actuaciones y ramas administrativas que suponen.

A continuación abordaremos la evolución y los antecedentes del sistema de protección social en España que conforma una parte fundamental de la actual estructura protectora del Estado del Bienestar.

Los Sistemas de Seguridad Social se originaron por la necesidad de eliminar o aminorar las fracturas sociales. Los sistemas iniciales de protección social estuvieron vinculados a fórmulas basadas en el ahorro privado, la mutualidad (prestaciones mutuas), el seguro privado, la responsabilidad civil y la asistencia pública. Todos ellos dotados de una manifiesta insuficiencia de capacidad previsional y protectora. El seguro privado surgió a finales del siglo XIX, y fue concebido como un contrato de derecho privado, carente del principio de solidaridad por su naturaleza mercantil, con objeto de cubrir ciertos riesgos y contingencias sociales. En este periodo la asistencia pública tuvo la traducción material en hospitales, hospicios y asilos de ancianos con titularidad estatal y de carácter gratuito o de bajo coste, ostentó una capacidad protectora testimonial frente a las necesidades sociales que pretendía satisfacer, además generó un estigma de humillación y rechazo social hacia los usuarios, y en su concepción mantuvo los rasgos de la concepción caritativa de la doctrina de la Iglesia.

El proceso de formación de los Sistemas de Seguridad surge a finales del siglo XIX hasta la época actual, cuando grupos y organizaciones de trabajadores establecieron mecanismos de protección mutua que alcanzaron gradualmente a todos los sectores productivos, hasta llegar a la protección social de toda la población contra diversas contingencias tales como la enfermedad, la maternidad, los accidentes, la vejez y la muerte.

Los orígenes propiamente dichos de la Seguridad Social pueden situarse en la Alemania de Guillermo I. En el periodo comprendido de 1883 a 1889, durante la Cancillería de Bismarck. Se puede considerar como el embrión de la futura Seguridad Social. Sin embargo, Inglaterra fue el primer país donde se introdujo en 1911 el Seguro de Desempleo Obligatorio. La dimensión internacional originaria que impulsa la tendencia de implementación de los Sistemas de Seguridad Social, se vincula a la OIT fundada en 1919. En este mismo año, durante la vigencia de la República de Weimar en Alemania, la protección social alcanzó un rango constitucional que otorgó un papel más activo y amplio al Estado: se superaba el ámbito específico de la Seguridad Social, para contemplar intervenciones en otros ámbitos como el de la vivienda y la educación.

El impulso definitivo originario de la Seguridad Social se produce en 1941, cuando el británico William Beveridge elaboró un informe, a petición del gobierno laborista, en el que propuso un modelo de reconstrucción para el periodo de posguerra. El documento, titulado *Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services*, precisó que todo ciudadano en edad laboral debía pagar una serie de tasas sociales semanales, con el objetivo de poder establecer una serie de prestaciones en caso de enfermedad, paro, jubilación, etc. El Informe Beveridge consagró la Seguridad Social como un sistema al dotarla de un carácter integral y universal y al extender sus beneficios a toda la población. Es de mencionar la conocida frase de protección a los ciudadanos “desde la cuna hasta la tumba”, conociéndose el conjunto del sistema como el *Welfare State Británico*. El plan Beveridge incluyó un Sistema de Seguridad Social unitario y que asumía: las pensiones por enfermedad, maternidad, vejez, viudez y desempleo, atención médica gratuita, un sistema de asistencia nacional orientada a completar los subsidios de la Seguridad Social y los beneficios se extendieron a la educación, vivienda y atención especializada a niños. El modelo de bienestar británico se extendió por el resto de países de Europa occidental que fueron incorporando los compromisos de bienestar de carácter integral y universal en sus respectivas legislaciones, con adaptaciones singulares (de Dios y Torres, 2010).

La protección internacional de la salud se encuentra vinculada en su naturaleza y significado a la DUDH, del 10 de diciembre de 1948. Una y otra son mutuamente dependientes y complementarias a la hora de lograr una inclusión social universal.

A partir de 1967 y hasta el final del periodo franquista se fraguó la actual configuración de la sanidad española al establecerse un Sistema de Seguridad Social.



En 1978 se crea el INSALUD y más adelante se aprueba la Ley General de Sanidad mediante la Ley 14/1986, de 25 de abril<sup>15</sup>, embrión del SNS actualmente en funcionamiento.

El Estado reserva la integración de las estructuras de bienestar para la salud del sector público, aunque en el marco del traspaso de competencias ciertas CCAA gestionan gran parte del presupuesto para sanidad (Andalucía, Canarias, Cataluña, Galicia, Navarra, País Vasco y Valencia). En 1989 se aprueba el *Decreto de universalización* que determina que todos los ciudadanos/as, independientemente de sus ingresos tengan el derecho de acceder al SNS.

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, supone una adaptación de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones<sup>16</sup> y el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS<sup>17</sup>.

La institucionalización internacional de la protección de la salud se formalizó en la Organización Mundial de la Salud (OMS), auspiciada por la Organización de Naciones Unidas (ONU), el 22 de junio de 1946 en la Primera Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York, donde se aprobó el proyecto de Constitución de la OMS, cuya entrada en vigor se efectuó el 7 de abril de 1948.

La protección española a la salud se consolida y expande con el nacimiento del Estado Social y Democrático de Derecho, con la llegada de la Democracia. La

---

<sup>15</sup> La Ley General de Sanidad de 1986 intentaba articular la red sanitaria coordinada, mediante un Servicio Nacional Público tanto la atención primaria como especializada y la farmacéutica. La atención primaria sería el nivel de atención principal y previa a la atención especializada. La financiación tendría lugar a partir de las aportaciones del Estado y las cotizaciones de la Seguridad Social de los cotizantes españoles (Alemán, 2009).

<sup>16</sup> Para saber más consultar: BOE núm.98, martes 24 de abril Sec. I. Pág. 31278.

<sup>17</sup> Para saber más consultar: BOE núm. 186, sábado 4 de agosto de 2012 Sec. I. Pág. 55775.

consolidación de la sanidad pública coincidió con la adhesión de España a la CEE, hoy UE. Los Fondos Estructurales Europeos se sumaron a la cofinanciación estatal y regional. El resultado fue un crecimiento espectacular en infraestructura de centros de salud, hospitales, tecnología, investigación aplicada y recursos humanos. Paralelamente se desarrollaron los organismos institucionales y administrativos indispensables para gestionar el proceso hacia una sanidad pública gratuita, universal y con un elevado nivel de calidad de las prestaciones médicas y farmacéuticas.

La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, el Derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos/as. La política sanitaria y farmacéutica, las políticas de recursos humanos y materiales, la coordinación sanitaria, el entramado institucional, la cobertura sanitaria de la población, la financiación, las capacidades de organización y atención, la percepción social de los usuarios, los datos sobre el estado de salud de la sociedad española y la coordinación internacional de la sanidad española, son dimensiones constitutivas básicas del Sistema Sanitario (de Dios y Torres, 2010).

Los Pactos de la Moncloa, establecieron las bases para el desarrollo de la Seguridad Social redistributiva que universalizaba la protección social de los no contribuyentes, el acceso al bienestar social a todos los ciudadanos/as. Los artículos 25, 39, 40, 41 y 48 de la Constitución establecieron a los Servicios Sociales como los proveedores del bienestar social. Los Servicios Sociales son competencia de las CCAA. En el apartado 20 del artículo 148 de la Constitución aparece como competencia atribuida a las CCAA la asistencia social. Y mediante el desarrollo de los Estatutos de Autonomía y las leyes de Servicios Sociales se han regulado los Servicios Sociales (Aleman y Ramos, 2006). En 1982 se aprueba la primera Ley autonómica de Servicios Sociales y con posterioridad se aprueban en todas las CCAA. Una de las Leyes ya citadas anteriormente, la Ley de Bases de Régimen Local de 1985 (actual Ley 27/2013), establece la obligatoriedad de prestar Servicios Sociales en los municipios de más de veinte mil habitantes. En el año 1988 es un hito para la configuración de los Servicios Sociales y el Estado del Bienestar, principalmente por la creación del Ministerio de

Asuntos Sociales. Entre sus competencias se encontraba la coordinación de las CCAA en materia de Política Social, la coordinación del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales y la asignación tributaria de un porcentaje del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF). El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, establece como objetivo conseguir la coordinación de las administraciones para el establecimiento de una red de Servicios Sociales locales. Otra de las políticas ha sido la asignación tributaria de un porcentaje del IRPF para aspectos relacionados con el interés social, mediante Real Decreto de 15 de julio de 1988, que trataba de promocionar las entidades privadas en la gestión de programas relacionados con los Servicios Sociales. Esta medida permitió el desarrollo del voluntariado y de organizaciones no lucrativas durante los años 90. La política de subvenciones de las tres administraciones (Estado, CCAA y Entes Locales) ha contribuido a impulsar el desarrollo de los Servicios Sociales en España.

En 2006, se estableció un nuevo Derecho de los ciudadanos a través de la denominada Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia<sup>18</sup>. La aprobación de la ley configuró un Derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano/a. Entre sus objetivos se encuentra optimizar los recursos políticos y privados en la prestación de los servicios, fomentar la promoción de la autonomía.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) es el organismo encargado de canalizar y optimizar los recursos públicos (coordinar a la Administración General del Estado, las CCAA y las Entidades Locales) y privados, para las personas en situación de dependencia y sus familiares (Aleman, 2009).

A nivel europeo, la UE desempeña un papel de coordinación, de fomento de la colaboración entre los Estados miembros para la modernización de los sistemas de

---

<sup>18</sup> Ley 39/2006, de 14 de diciembre, BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006, pp. 44142-44156.

protección social. Con el objetivo de modernizar la protección social se han planteado una serie de conclusiones desde las instituciones europeas. Las bases son el reforzamiento de la cooperación europea y la adopción de una visión política común en la UE. “*En la actualidad, garantizan ingresos a las personas con dificultad para adaptarse a las transformaciones económicas y sociales con el objetivo de favorecer la cohesión social y el dinamismo económico. Y los principales esfuerzos en protección social van destinados a las pensiones y la asistencia sanitaria, redistribuyendo recursos*” (Aleman, 2009: 143).

Según Fernández (2004) los acuerdos tomados en el Consejo de Europa en la evolución de la Política Social y de empleo en la UE por su importancia en la protección social son: El Acuerdo Provisional Europeo sobre Seguridad Social con exclusión de los regímenes de vejez, invalidez y supervivencia – 1953, La Carta Social Europea – 1961 (ya citada anteriormente), El Código Europeo de Seguridad Social – 1964, El Fondo Social Europeo (FSE) – 1957, Reglamento (CEE) Núm. 1612/68 del Consejo, relativo a la libre circulación de los trabajadores dentro de la Comunidad, Reglamento (CEE) Núm. 1408/71 del Consejo, relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social, Carta comunitaria de los derechos sociales fundamentales de los trabajadores – 1989, Tratado constitutivo de la UE – 1992. Versión Consolidada del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea – 2002, en 1994 se publicó el *libro Blanco de la Política Social*, dedicado especialmente al crecimiento, la competitividad y el empleo nombrado anteriormente (Felipe, 2004), Cumbre de Luxemburgo –1997, El Tratado de Amsterdam –1997, FSE – nuevas prioridades políticas, El programa de acción social 1998 –2000, Agenda política social (2000–2005), Constitución Europea –2004.

El Tratado de la UE, firmado en Maastrich en 1992, contiene un anexo, llamado “Acuerdo sobre la Política Social”, con algunos puntos que nos interesan especialmente: el fomento del empleo, las mejoras de las condiciones de vida y de trabajo y una protección social adecuada. Igualdad de remuneración entre ambos sexos; el desarrollo de los recursos humanos (RRHH) con respeto a las diversidades nacionales y a la necesidad de mantener la competitividad de la economía de la Comunidad; el diálogo

social y la creación de un Fondo de Cohesión destinado a ayudar a los Estados miembros que tengan un producto nacional bruto inferior al 90% de la media comunitaria.

El Parlamento Europeo puso en marcha en 1999 un proceso en materia de Política Social cuyo objetivo ha sido modernizar las estructuras de bienestar:

- 1) Los sistemas de protección social deben proporcionar ayuda activa a los trabajadores y los demandantes de empleo.
- 2) Las pensiones y los sistemas de pensión viables, luchar contra la pobreza de las mujeres mayores consecuencia de su nula o limitada participación en el mercado de trabajo y promover el envejecimiento activo.
- 3) La promoción de la inclusión social creando redes de seguridad que integren prestaciones de ingresos mínimos y lucha contra la exclusión social.
- 4) La asistencia sanitaria para todos.

En 2004 se crea el comité de protección social. Sus actuaciones van destinadas a optimizar el trabajo y proporcionar ingresos mínimos; conseguir pensiones seguras y regímenes de pensión sostenibles; promover la inserción social y garantizar la asistencia sanitaria de alta calidad y sostenible. Y el *Mutual Information System on Social Protection* (MISSOC) puesto en marcha en 1990 constituye una fuente de información imprescindible sobre la protección social en Europa. La Agenda Social Europea es la plataforma de coordinación de Políticas Sociales. Su objetivo es mejorar el modelo social europeo promoviendo el pleno empleo, el dinamismo económico y la cohesión y justicia sociales en la UE (Aleman, 2009).

En cuanto a la Seguridad Social, la UE no pretende armonizar los regímenes de los Estados miembros, sino sólo se responsabiliza de coordinar los diversos regímenes y de garantizar los Derechos de las personas que se desplazan entre los países miembros. Cada uno de éstos es responsable de la organización y financiación de su propio sistema de protección social (Felipe, 2004).

#### **2.2.4 Las áreas de protección social en España**

Pasamos a continuación a exponer el sistema de protección que se ha desarrollado en nuestro país y que conforma una parte fundamental de la actual estructura protectora del Estado del Bienestar. Abordaremos específicamente los pilares básicos del Estado del Bienestar: el Sistema de la Seguridad Social; el Sistema de Servicios Sociales y el Sistema de Salud.

La Seguridad Social se refiere principalmente a un campo de bienestar social relacionado con la protección social o la cobertura de las necesidades socialmente reconocidas, como la salud, la pobreza, la vejez, las discapacidades, el desempleo, las familias con niños y otras, según la OIT (de Dios y Torres, 2010).

El seguro social definido como la entidad que administra los fondos y otorga los diferentes beneficios que contempla la Seguridad Social en función al reconocimiento a contribuciones hechas a un esquema de seguro. Estos servicios o beneficios incluyen típicamente la provisión de pensiones de jubilación, seguro de invalidez, pensiones de viudedad y orfandad, cuidados médicos y seguro de desempleo. El mantenimiento de ingresos, principalmente la distribución de efectivo en caso de pérdida de empleo, incluyendo jubilación, discapacidad y desempleo. Los servicios provistos por las administraciones responsables de la Seguridad Social que según el país esto puede incluir cuidados médicos, aspectos de trabajo social e incluso relaciones industriales. El término Seguridad Social también puede ser usado para referirse a la seguridad básica, un término aproximadamente equivalente al acceso a las necesidades básicas, tales como comida, educación y cuidados médicos.

El Sistema de la Seguridad Social constituye uno de los elementos esenciales sobre el que se ha vertebrado la Política Social de las sociedades desarrolladas de nuestro entorno cultural. La Seguridad Social asegura la protección de las necesidades sociales. Nace de normas internacionales (Carta Atlántica de 1941, Declaración de Filadelfia de 1944, DUDH de la ONU de 1948, el Convenio 102 de la OIT norma mínima de Seguridad Social de 1952, Convenio Europeo de Seguridad Social de 1972,

etc.). Existen tantos modelos de Seguridad Social como países, pero la tendencia, especialmente visible en Europa y en Estados Unidos, ha sido la de ir homologando criterios. Exponemos a continuación brevemente los dos principales modelos que han servido de referencia en la Europa del siglo XX. En la actualidad, los Sistemas de Seguridad Social de prácticamente todos los países tienden hacia fórmulas mixtas que contemplan caracteres de uno y otro modelo.

1) *El Modelo alemán o contributivo*. Constituido por tres sucesivas leyes, que establecen otros tantos seguros sociales: el de enfermedad (1883), accidentes laborales (1884), el de jubilación (1889) y de supervivencia (1911), todos ellos recogidos en el Código de Seguros Sociales de 1911. Otro de los seguros es el de desempleo (1927). La Seguridad Social alemana se conforma sobre la base de los llamados cinco pilares del Estado social: los seguros de enfermedad, pensiones, accidentes, dependencia y desempleo. Este modelo será seguido por la mayor parte de los países europeos, entre ellos España. Los rasgos específicos son: participación del Estado, en la promoción de ese conjunto de seguros, y en la contribución a su financiación y gestión, obligatoriedad de los seguros. Se establece una clara distinción entre seguro privado y seguro social obligatorio, finalidad protectora de la clase obrera industrial con salarios más bajos. Pero también protección del empresario, principio de sustitución de rentas. Los seguros tienen por finalidad percibir las rentas salariales que, por causa de enfermedad, accidente, muerte o supervivencia, han dejado de ser percibidas por el trabajador, principio contributivo. El Estado financia parte de los seguros pero serán los empresarios y trabajadores los principales en el sostenimiento del seguro. Sólo si previamente han cotizado tendrán derecho los trabajadores a las prestaciones, principio de equivalencia entre cotizaciones y prestaciones. La prestación se concede en función del salario cotizado y de los años de cotización y por lo que respecta a accidentes de trabajo, la responsabilidad de asegurar a los trabajadores y de pagar las correspondientes cuotas corresponde totalmente al empresario.

El modelo alemán constituyó un éxito porque supo adelantarse en el tiempo a ofrecer soluciones nuevas para las problemáticas nuevas que planteaba la enorme y desprotegida clase industrial obrera (Aleman, 2009).

2) *El Modelo inglés o asistencial* surge por la iniciativa y trabajos de William Henry Beveridge economista inglés que, desde altos puestos de la Administración del Reino Unido, estudiará inicialmente las consecuencias del desempleo como problema principal de la industria. Su aportación más importante es el Informe Seguro Social y servicios afines, de 1942, comúnmente conocido como *Informe Beveridge*. La verdadera novedad del informe, es hacer la Seguridad Social universal para todos los ciudadanos. Insistirá en la responsabilidad de las Administraciones Públicas en hacer frente al sostenimiento de los sectores más vulnerables de la sociedad, desempleados, enfermos y ancianos. Nace con Beveridge el *Welfare State*, el Estado del Bienestar, siendo el responsable del bienestar general de la sociedad el Estado.

Los caracteres que presenta este modelo de Seguridad Social son: la unificación de los seguros sociales existentes (cotización única para la cobertura de todos los riesgos), la universalización subjetiva de la protección (debe dispensarse a todos los ciudadanos de toda la población nacional), generalización objetiva de la protección (cobertura de cualquier situación de necesidad, protección a todos los riesgos y situaciones pensables), igualdad protectora (la Seguridad Social protege de forma igual la situación de necesidad sin atender a la causa que la produce) y financiación tripartita (con una importancia creciente de la aportación estatal).

Este modelo aplicado inicialmente en Inglaterra, constituyó un importante paso en la evolución europea de la Seguridad Social. A finales del siglo XX, todos los Sistemas de Seguridad Social europeos serán mixtos, con componentes contributivos y asistenciales.

La Constitución Española de 1978, reconoce el derecho a la Seguridad Social, y lo hace en el capítulo III, de los Derechos y Deberes fundamentales, artículo 41, con el siguiente texto: “*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 el caso de desempleo. La asistencia y prestaciones serán libres*”. Este texto consagra el principio de universalidad de la Seguridad Social.

Con el Real Decreto 36/1978, se centra la gestión en cuatro entidades gestoras (citadas en el capítulo 1): el INSS, el INSALUD, el INSERSO y el Instituto Social de la Marina: para las prestaciones relacionadas con las actividades del mar.

La estructura del Sistema de la Seguridad Social está integrada por el Régimen General<sup>19</sup> y los Regímenes Especiales que comprenden: agrario, por cuenta propia y por cuenta ajena; trabajadores del mar, trabajadores autónomos, minería y carbón, empleados del hogar y estudiantes.

Según Alemán (2009), en relación a los caracteres de la actual Seguridad Social española, señalamos las características más significativas: la Seguridad Social como función del Estado, obligado a proteger a sus ciudadanos; es un régimen público y su finalidad es la reducción, remedio o eliminación de situaciones de necesidad, asistencia o prestaciones sociales suficientes. En el sistema conviven prestaciones de carácter contributivo, que tienen el carácter de rentas de sustitución del salario dejado de percibir, con prestaciones de carácter no contributivo, que tienen el carácter de rentas compensatorias para situaciones de necesidad [la primera prestación no contributiva fue el subsidio por desempleo (1984) y le seguirán las de invalidez, jubilación y prestaciones familiares por hijo a cargo (1990)].

El principio de equivalencia entre cotización y prestación se verá atemperado por el establecimiento de complementos de mínimos y topes máximos de pensiones.

---

<sup>19</sup> El Régimen General además de incluir a las personas trabajadoras por cuenta ajena, las de sociedades mercantiles, las de sociedades laborales, las no residentes en territorio nacional y las funcionarias, también incluye unos regímenes especiales: el ferroviario, el de jugadores profesionales de fútbol, el de representantes de comercio y el de toreros y artistas.

Progresiva simplificación e integración de Regímenes, buscando la mayor homogeneización posible con el Régimen General. La Seguridad Social contempla preferentemente pensiones y otras prestaciones económicas. Formalmente todavía subsiste la sanidad y algunos Servicios Sociales, traspasados a las CCAA. La financiación sigue el sistema de reparto. Las prestaciones que reciben los pensionistas y otros beneficiarios no activos se financian con cargo a las cotizaciones de trabajadores en activo, de empresarios y de aportaciones estatales. De aquí la importancia que tiene el sistema, para que sea sostenible financieramente, el equilibrio entre cotizaciones y prestaciones.

El crecimiento de la aportación financiera del Estado. El Estado constituyó en 2003 un Fondo de Reserva, que se nutre de los excedentes de ingresos que financian las prestaciones de carácter contributivo y demás gastos necesarios para su gestión. En cuanto a ámbitos competenciales, ha de decirse que la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad son competencia exclusiva del Estado sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las CCAA.

Siguiendo a Felipe (2004), la entidad gestora del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), transformación del antiguo INSERSO, en relación a las prestaciones de Servicios Sociales del Sistema de Seguridad Social, tiene unas competencias esenciales, como: la gestión de las pensiones de invalidez y jubilación no contributivas, los Servicios Sociales complementarios de las prestaciones de la Seguridad Social a favor de la tercera edad y de personas discapacitadas, para las personas mayores incluye los centros, residencias (de válidos, asistidas y mixtas) y de día (hogares y clubes), y el servicio de tele-asistencia domiciliaria, para las personas en situación de discapacidad, la prestación de los Servicios Sociales se realiza a través de centros: centros base (información y valoración), centros de atención a discapacitados psíquicos y centros ocupacionales, la asistencia, promoción e integración social de inmigrantes, desplazados, solicitantes de asilo y refugiados, la relación con organismos extranjeros e internacionales y la asistencia técnica a los programas de cooperación internacional dirigidos a la población de su ámbito de acción.

Las prestaciones de la Seguridad Social son de dos tipos: en dinero como pensiones, prestaciones por desempleo, enfermedad y por hijos a cargo, y en especie o de Servicios Sociales, como residencias, centros de rehabilitación, Servicios Sociales y prestaciones técnicas de diverso tipo. Las prestaciones económicas de la Seguridad Social tienen la caracterización clásica de económicamente evaluables, personales (no se asegura un bien sino el riesgo de las personas), individualizables (asegura a individuos y familias) y redistributivas.

La gestión del Sistema de la Seguridad Social se atribuye a entes públicos con personalidad jurídica propia, adscritos al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004-2008), a través de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social: la tesorería General de la Seguridad Social, el INSS y el Instituto de la Marina. Con la reestructuración de los departamentos ministeriales de abril de 2008, las competencias en materia laboral, de ordenación y regulación de empleo, de Seguridad Social y de extranjería e inmigración pasaron al Ministerio de Trabajo e Inmigración; las competencias en materia de políticas de cohesión e inclusión social, de familias, de protección del menor y de atención a las personas dependientes o en situación de discapacidad pasaron al Ministerio de Educación, Política Social y Deporte; y las competencias en las políticas de promoción de la igualdad pasaron al Ministerio de Igualdad<sup>20</sup>.

El Sistema Sanitario como sistema de protección española a la salud se consolida y expande en el contexto del tardío nacimiento del Estado Social, surgido tras la superación del régimen franquista. El modelo español, parte de la base de considerar al conjunto del Sistema Sanitario como un pilar básico del Estado del Bienestar, debido que traduce en la realidad social española una vertiente material de los Derechos Fundamentales: el ejercicio efectivo del Derecho a la vida digna a través de prestaciones sanitarias durante todo el ciclo vital del usuario. Según la World Health Organization

---

<sup>20</sup> Real Decreto 432/2008, de 12 de abril, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales. Publicado en BOE núm. 90, de 14 de abril de 2008, páginas 19757 a 19759 (3 págs.).

(WHO) define la salud como “*un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad*”, tanto del Individuo como de la colectividad. De esta manera supera la idea de salud como mera ausencia de enfermedad y buen funcionamiento biológico, incluyendo su dimensión social.

Alemán (2009) clasifica los factores que influyen en la salud en cuatro categorías: la biología humana (aspectos como la herencia, la edad, el sexo, etc.), medio ambiente, forma de vida (alimentación, ejercicio, tabaquismo, etc.) y Servicios de Salud (equidad y acceso, servicios de diagnóstico y tratamiento, etc.).

Los principios y criterios de protección a la salud en España, se regulan por la Ley 14/1986, General de Sanidad y se concretan en: financiación pública, universal y gratuidad de los Servicios Sanitarios en el momento del uso, Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos, descentralización política de la sanidad en las CCAA, prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados y la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el SNS.

El SNS se puede definir como el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las CCAA que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsables de los poderes públicos. Los elementos constituyentes y garantes de la cohesión territorial y poblacional del SNS son: la cartera de servicios, el Sistema de Información Sanitaria, las políticas y estrategias de salud, política farmacéutica y la política de RRHH. El acceso a los servicios se realiza a través de la tarjeta sanitaria individual expedida por cada Servicio de Salud, documento que identifica a cada ciudadano como usuario en todo el SNS.

La financiación de la asistencia sanitaria en España es una prestación no contributiva que se realiza a través de impuestos y por la financiación general de cada Comunidad Autónoma. Además dispone de fondos y recursos adicionales como el Fondo de Cohesión gestionado por el Ministerio de Sanidad, el Fondo de Consumo y el

Programa de Ahorro temporal de Incapacidad Temporal. El responsable financiero principal son las CCAA, de conformidad con los acuerdos y transferencias y el actual Sistema de financiación autonómica<sup>21</sup>.

Las capacidades de organización y atención del SNS se realizan a través de:

- a) La Atención Primaria, es el primer nivel y desempeña actividades de promoción de la salud y dispone de medios para la medicina preventiva, la realización fiable de diagnósticos y la ejecución de intervenciones terapéuticas. Las capacidades de prestaciones de la Atención Primaria abordan de forma eficiente los problemas de salud más frecuentes de la población.
- b) La Atención Especializada, configura un segundo nivel, un servicio que dispone de medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y coste económico. La atención especializada ofrece al usuario los siguientes recursos, servicios y prestaciones: asistencia especializada en consultas, hospital de día, médico y quirúrgico, hospitalización en régimen de intercambio, apoyo a la Atención Primaria de internamiento, hospitalización a domicilio, atención paliativa a enfermos terminales, atención a salud mental y rehabilitación en pacientes con déficit funcional.
- c) Servicios de cuidados intensivos, anestesia y reanimación, hemoterapia, rehabilitación, nutrición y dietética, seguimiento de embarazo, planificación familiar y reproducción humana asistida.

Las Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud son las formas de organización, conforme a una planificación basada en demarcaciones demográficas y geográficas

---

<sup>21</sup> Las CCAA destinan a la financiación de dichas prestaciones los mínimos previstos por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre. Publicado en BOE núm. 313 de 31 de diciembre de 2001 (vigente hasta el 1 de enero de 2009). Ley derogada por la Ley 22/2009, de 18 de diciembre publicada en el BOE 19 de diciembre, el 1 de enero de 2009.

delimitadas. Las Áreas de Salud están organizadas en una subdivisión de Zonas Básicas de Salud que constituyen el escenario territorial de la Atención Primaria.

Las urgencias médicas constituyen uno de los servicios del Sistema Sanitario Público que más crecimiento ha experimentado en los últimos años. El fenómeno es general en todos los países industrializados, lo que ha obligado a los gobiernos de los distintos países a analizar las causas que lo producen y a tomar medidas para resolver el problema. La creación de los modernos servicios de emergencias extrahospitalarias se inicia en Europa en 1966, con la puesta en marcha, por Pantridge en Belfast, de la primera unidad móvil de cuidados coronarios y no es hasta la década de los 90 cuando se terminan de implantar los equipos de emergencias extrahospitalarios en un gran número de ciudades españolas (García, Mellado y García, 2001).

En relación a la asistencia urgente extrahospitalaria en España, no hay un modelo único de organización de la atención. La organización en cada Comunidad Autónoma está en función de las características geográficas, demográficas y las políticas del Gobierno Autonómico (Ortega, Rabanaque, Júdez, Cano, Abad y Moliner, 2008). El análisis específico de ello, lo reflejaremos en el apartado dedicado a los recursos que dan respuesta a las emergencias sanitarias.

### **2.2.5 Los objetivos de la protección social en el siglo XXI**

La protección social se resume en cuatro grandes objetivos según Fernández (2004):

1) Hacer que trabajar sea rentable y garantizar ingresos seguros. Los sistemas de protección social deben, proporcionar una ayuda activa a los trabajadores y a los solicitantes de empleo, en particular favoreciendo la capacidad de inserción profesional y adaptación, introduciendo al mismo tiempo fuertes incentivos a favor del empleo y de un trabajo más ventajoso por medio de: regímenes fiscales que hagan el trabajo más ventajoso para el parado, los sistemas de protección social deben reflejar y acompañar la aparición de nuevas formas de trabajo (contrato temporal o a tiempo parcial, trabajo por

cuenta ajena), los regímenes de protección social deben de proporcionar ingresos sustitutivos y ayudas activas necesarias con el fin de evitar que las personas caigan en un desempleo de larga duración, la protección social debe de contribuir a conciliar vida personal y vida familiar, y la financiación de la protección social debe de tener en cuenta la necesidad de garantizar recursos suficientes para cumplir sus objetivos, evitar efectos negativos sobre el empleo y mantener la disciplina presupuestaria.

2) Garantizar pensiones seguras y sistemas de pensiones viables. El objetivo fundamental consiste en garantizar a cada uno una pensión adaptada y cuya financiación esté garantizada, lo que puede pasar por la búsqueda de un equilibrio entre el sistema de capitalización (contributivo) y el sistema por distribución (de retención). Se considera necesario: prevenir el efecto del envejecimiento demográfico en los sistemas de protección social, organizar y reformar los sistemas de jubilación para desalentar el abandono temprano del mercado de trabajo, fomentar la flexibilidad de los mecanismos de jubilación y promover la participación activa de las personas mayores en la vida de la comunidad, luchar contra la pobreza de las mujeres de más edad, derivada de su escasa participación en el mercado de trabajo y agravada por la transformación de las economías domésticas y promover el envejecimiento activo.

3) Promover la inclusión social. La protección social desempeña un papel crucial, combinada con otros instrumentos de actuación, en la lucha contra la exclusión social y el fomento de la integración social. Los sistemas de protección social deben: crear redes de seguridad eficaces que incluyan prestaciones de ingresos mínimos y otras medidas complementarias, centrarse en la prevención, favoreciendo las medidas activas, y previendo incentivos y cursos de (re)inserción en el mercado de trabajo y en la sociedad y contribuir a la adopción de un planteamiento global e integrado de la lucha contra la exclusión social que abarque todas las políticas y a todos los agentes sociales pertinentes.

4) Garantizar un nivel alto y duradero de atención sanitaria. Todos deben poder beneficiarse de las políticas destinadas a mejorar la asistencia sanitaria. Ahora bien, la demanda de que son objeto los sistemas sanitarios está en constante aumento, y seguirá

aumentando debido al envejecimiento demográfico. Es pues importante: contribuir a la mejora de la eficiencia y eficacia de los sistemas sanitarios dentro del límite de los recursos disponibles, garantizar el acceso generalizado a servicios sanitarios de buena calidad y reducir desigualdades en este ámbito y centrarse en la prevención de enfermedades y la protección de la salud como mejor forma de abordar los problemas sanitarios, reducir los costes y promover una vida más sana.

*“El reto fundamental actual es reivindicar la necesidad de establecer los mínimos comunes en el conjunto del Estado desde una Ley o Plan Estatal, que garanticen el mínimo común de cobertura en extensión e intensidad de Derechos Sociales a la ciudadanía”* (Uceda-Maza y García-Muñoz, 2010: 97). Dicho esto, cabe preguntarse: ¿cuál debería ser el mínimo común de protección social en extensión e intensidad garantizada por los Servicios Sociales en el conjunto del Estado?

## **2.3 EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA Y EN LA COMUNIDAD VALENCIANA**

### **2.3.1 Introducción**

El Sistema de Servicios Sociales asume una función y un compromiso institucional de proteger a los ciudadanos. A partir del desarrollo de las leyes de Servicios Sociales, se distinguen los servicios de Atención Primaria y los de Atención Especializada, con actuaciones específicas.

Los Servicios Sociales poseen unos destinatarios con perfiles diversos y cambiantes en función de la evolución socio-económica de nuestra realidad social, necesitando una elevada capacidad de adaptación tanto en gestión como en financiación.

La Ley de 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia abre la aparición de los Derechos Sociales, contemplando el Derecho subjetivo.



Se reconoce a cada Comunidad Autónoma la competencia en asistencia social, con leyes autonómicas en que la gestión de los Servicios Sociales recae en el ámbito local. La Comunidad Valenciana es una de las últimas CCAA en presupuestos, requiriendo una mayor inversión en Servicios Sociales.

### **2.3.2 La aproximación histórica al desarrollo del Sistema de Servicios Sociales en España**

Para las Heras y Cortajarena (1985), los Servicios Sociales son aquellos medios que se ponen a disposición pública de la comunidad para un uso y beneficio propiamente colectivo y las prestaciones sociales; suponen los medios que proporcionan a los individuos o familias para su uso privado, pero que cumplen una función social (becas, pensiones, subsidios de desempleo, ayudas familiares, créditos para viviendas sociales...). *“La presencia de los Servicios Sociales en una sociedad concreta, supone la existencia de un compromiso institucional por asumir las necesidades humanas de sus miembros, para dar una consistencia real a sus Derechos Sociales, asumiendo y propiciando modos de respuesta a los problemas planteados en un momento de la evolución social”* (Bueno, 1991: 13).

*“El Sistema de los Servicios Sociales es uno de los que integran el sistema de protección social, junto al de la Seguridad Social y al de Sanidad, y las actuaciones y medidas sociales referidas al empleo y la vivienda. Este sistema de protección junto al de Educación, conforman el Estado del Bienestar”* (Felipe, 2004: 149).

En España los Servicios Sociales constituyen un sistema de protección social implantado a partir de la democratización de las instituciones. Este sistema se asentaba en la Ley General de Beneficencia, de 20 de junio de 1849, que atribuía al Estado la responsabilidad de proteger a las personas con menos recursos a través del Ministerio de Gobernación y las administraciones locales, y en la Ley de Bases de la Seguridad Social, que regulaba la asistencia social y los Servicios Sociales destinados a los trabajadores que cotizaban (Subirats, 2007).

La Guerra Civil Española transforma algunas de las antiguas instituciones: la organización llamada Auxilio de Invierno que se desarrolla en el bando franquista pasa después a denominarse Auxilio Social y toma su responsabilidad la Sección Femenina de Falange Española. Ya en el poder, la dictadura franquista utilizó esta organización como sistema de ayudas económicas junto a la creación del Servicio de Asistencia a Pensionistas (SAP) y el SEREM. Era éste un modelo benéfico-asistencial dirigido a la capa social más desprotegida tanto social como económicamente: pobres, huérfanos, ancianos desamparados y deficientes mentales, sobre todo. Entre los años 1940 y 1960 las instituciones públicas diseñadas para la acción social fueron: el Auxilio Social, la Obra de Protección de Menores, el Patronato de la mujer y el FONAS (Felipe, 2004). En un periodo en el que la escasa cobertura de las Administraciones Públicas es complementada desde la iniciativa privada en sus tres formas: en primer lugar la familia, y dentro de ella especialmente la mujer. Cuando ésta fallaba se buscaba la actuación de la beneficencia pública o privada. En segundo lugar se encontraban las iniciativas sin ánimo de lucro, relacionadas con entidades religiosas. Por último, se encontraba la oferta privada lucrativa, sobre todo de residencias y centros de la tercera edad, menores o personas con discapacidad.

La Constitución Española de 1978, en su artículo 41 atribuye al Estado la competencia de garantizar la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad mediante el régimen público de la Seguridad Social. La aprobación constitucional supone el reconocimiento normativo básico para enfocar políticas institucionales en el camino de lograr un Estado Social (Bueno, 1992). Paralelamente, se reconoce a las CCAA la competencia en asistencia social. El gobierno central mantiene las competencias exclusivas en cuanto a la garantía de la igualdad entre todos los españoles, inmigración, aislados, ámbito penitenciario (a excepción de Cataluña) y sobre todo lo relativo a legislación básica y al régimen económico de la Seguridad Social. Desde 1983, y especialmente desde los primeros años de la Constitución de 1978 hasta 1984, las administraciones van configurando un sistema público de Servicios Sociales que sustituyen a las organizaciones de beneficencia. La Constitución asienta las bases para un desarrollo adecuado de los Servicios Sociales. Se

trata de reconocer los llamados Derechos Sociales que implican la conciencia de que la dignidad de las personas exige del Estado prestaciones positivas que hagan posible el ejercicio real de esa libertad (de Dios y Torres, 2010).

El año 1988 es un hito para la configuración de los Servicios Sociales y el Estado del Bienestar, principalmente por la creación del Ministerio de Asuntos Sociales. Entre sus competencias se encontraba la coordinación de la Comunidad Autónoma en materia de Política Social, la coordinación del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales y la asignación tributaria de un porcentaje del IRPF.

Las RMI nacen en España en el contexto del Plan Integral de lucha contra la pobreza aprobado por el Gobierno Vasco en 1989, suponen una medida fundamental en lo que se refiere a la protección de la población más desfavorecida. Todas las CCAA han promulgado leyes que desarrollan los denominados salarios sociales (Alemán, 2009; Pérez, 2005).

Entre 1982 y 1993, en el que todos los gobiernos autonómicos desarrollan, mediante leyes, sus respectivos Sistemas de Servicios Sociales de todas las CCAA. Con este proceso se reduce a su mínima expresión la posibilidad de desarrollar un Sistema de Servicios Sociales descentralizado y de proximidad. El desarrollo normativo del sistema por parte de los Gobiernos Autonómicos se inicia en 1982, desplegándose una primera fase que abarca los cuatro años posteriores, momento en el que se aprueban las primeras leyes de Servicios Sociales. País Vasco, Navarra, Madrid, Cataluña y Murcia desarrolladas e implementadas sus correspondientes normativas en clara sintonía con el propio reconocimiento de la competencia de asistencia social en sus respectivos Estatutos de Autonomía. Se trata de cinco normativas que sienta las bases y sirven de ejemplo para el resto de CCAA, teniendo como elementos importantes del sistema, el papel del tercer sector prestador de Servicios Sociales. Entre 1986 y 1992 mediante la aprobación por parte del resto de CCAA de sus respectivas leyes de Servicios Sociales se sucede la segunda fase de desarrollo normativo. En la siguiente tabla 2, podemos observar el desarrollo normativo de los gobiernos autonómicos en materia de Servicios Sociales (Subirats, 2007).

Tabla 2 . Desarrollo normativo de los Gobiernos Autonómicos en materia de Servicios Sociales.

AÑO Y FASE	CCAA Y NÚMERO DE LEY
1982 1ª	País Vasco (1)
1983 1ª	Navarra (1)
1984 1ª	Madrid (1)
1985 1ª	Cataluña (1), Murcia (1)
1986 2ª	Castilla-La Mancha (1)
1987 2ª	Aragón (1), Asturias (1), Canarias (1), Extremadura (1), Galicia (1), Islas Baleares (1)
1988 2ª	Andalucía (1), Castilla León (1)
1989 2ª	Comunidad Valenciana (1)
1990 2ª	La Rioja (1)
1992 2ª	Cantabria (1)
1993 3ª	Galicia (2)
1994 3ª	Cataluña (2)
1996 3ª	País Vasco (2)
1997 3ª	Comunidad Valenciana (2)
2002 4ª	La Rioja (2)
2003 4ª	Asturias (2), Madrid (2), Murcia (2)
2006 4ª	Navarra (2), Cataluña (Anteproyecto) (3), País Vasco (Anteproyecto) (3), Aragón (2)

Fuente: Adaptado de Subirats, 2007.

Entre 1993 y 1997 se desarrolla la tercera fase en la cual se realiza una reforma, por parte de Galicia, Cataluña, País Vasco y Comunidad Valenciana, de sus respectivos sistemas que conduce a la aprobación de segundas leyes de Servicios Sociales. Éstas concretan la descentralización de los Servicios Sociales e introducen parte de las nuevas realidades a las que debe enfrentarse el sistema. En la cuarta fase de desarrollo normativo, se aprueban las de la Rioja, Asturias, Madrid y Murcia entre 2002 y 2003. Se trata de leyes más extensas que incorporan elementos como los derechos y obligaciones de los usuarios o criterios de control de calidad de la atención así como la inclusión de problemáticas nuevas como es el caso de la atención a las situaciones de dependencia. Esta fase lo conforman la segunda ley de Servicios Sociales de la Comunidad Foral de Navarra, aprobada a finales de 2006 y la aprobación de anteproyectos de ley por parte de Cataluña, País Vasco y Aragón, produciéndose un cambio importante que se concreta por la subjetivación de derecho, la explicitación de la participación económica de la persona beneficiaria así como la inclusión de la cartera de servicios y equipamientos que conforman el sistema (Subirats, 2007). Cabe señalar que el conjunto de leyes autonómicas sobre los Servicios Sociales aboga, en su gran mayoría, por el principio de subsidiaridad situando la gestión de los Servicios Sociales

en el ámbito local, dada su mayor capacidad para ajustar la respuesta de los poderes públicos a las necesidades sociales de la población. La debilidad del ámbito municipal se mantiene, incluso también ante la atribución que realiza la Ley 7/85 de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local actual (actual Ley 27/2013), de la prestación de Servicios Sociales y de promoción y reinserción social a los municipios. En dicha normativa se obliga a los municipios de más de 20.000 habitantes a realizar dicha prestación. En su artículo 25 hace referencia en su apartado k) a la prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social. Los municipios menores suelen crear órganos mancomunados de gestión, o bien suelen delegar ésta en otros entes locales, como las diputaciones o consejos comarcales, o bien en la propia Comunidad Autónoma (Fernández, 2011).

La construcción del Sistema de Servicios Sociales español se caracteriza por la ausencia de una ley nacional que establezca las pautas comunes en el conjunto del territorio (Felipe, 2004; Uceda-Maza y García-Muñoz, 2010), que concrete las prestaciones mínimas, el sistema de financiación y los canales de coordinación y conexión entre el sector público y el resto de agentes prestadores de servicios, la etapa posterior únicamente cuenta con un instrumento tendiente a equilibrar y organizar de forma global el Sistema de Servicios Sociales. Se trata de la implantación, en 1988, del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. Dicho plan es fruto del primer acuerdo de cooperación económica, técnica y administrativa entre los tres niveles de administración territorial (Administración General del Estado, CCAA y gobiernos locales), a través del cual el Estado otorga a las CCAA, mediante la firma de los respectivos convenios-programa, una serie de recursos económicos que deben ser destinados a los Servicios Sociales gestionados por las Corporaciones Locales (Subirats, 2007).

A partir del desarrollo de las Leyes de Servicios Sociales podemos distinguir entre los Servicios Sociales *Generales*, conocidos también como *Comunitarios o de atención primaria* y los Servicios Sociales *Especializados o atención especializada*. Los servicios de Atención Primaria son un conjunto de actuaciones específicas y/o

sectoriales enmarcadas en una comunidad determinada. Por otra parte, los servicios de Atención Especializada son aquel conjunto de servicios y prestaciones a colectivos específicos. De acuerdo con el Plan Concertado, los centros de Servicios Sociales son el equipamiento nuclear de carácter comunitario de los servicios de Atención Primaria, esto es, equipamientos de carácter comunitario, dotados de los equipos técnicos, incluidas las Unidades Básicas de Trabajo Social o denominación similar, y los medios necesarios que dan soporte a las prestaciones básicas. *“La responsabilidad de los servicios especializados recae en el ámbito autonómico y municipal. En la práctica, cada Comunidad Autónoma ha desarrollado su propio catálogo de servicios especializados siendo común a todas ellas las prestaciones y servicios dirigidos a: la familia, la infancia, la juventud, la tercera edad, la mujer, las personas con discapacidad, los drogodependientes y las minorías étnicas”* (Ibídem, 2007: 29).

Cabe dar mención en el presente apartado al Tercer Sector (no lucrativo), por ser en el ámbito de los Servicios Sociales uno de los más importantes en los que estas organizaciones desarrollan su actividad, por detrás de los de educación y salud. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, define en su título preliminar y artículo 2, el tercer sector como que “las organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los Derechos Sociales”. El Tercer Sector es muy heterogéneo, pudiendo incluir desde asociaciones, sindicatos, partidos políticos, fundaciones o cooperativas. Su desarrollo histórico es reciente, y esto por dos razones: la tradicional provisión de Servicios Sociales que ha realizado la Iglesia católica en nuestro país, el apoyo de la familia y el tardío desarrollo del Estado del Bienestar. Su implantación surge con la transición política que surge después del franquismo, momento en el que surgen miles de asociaciones, y se afianza posteriormente por el creciente aumento en la demanda de Servicios Sociales. A esto contribuyó poderosamente la crisis económica mundial de los años 70, que puso en cuestión toda la base política y económica que sustentaba al Estado del Bienestar y el papel hegemónico

que tenía en éste el Estado. En este contexto, las organizaciones no lucrativas surgieron para conseguir la complementariedad de las acciones gubernamentales, dado que éstas no llegaban a cubrir todas las necesidades, y se descubrieron otras de larga trayectoria que estaban contribuyendo a la atención de los problemas de las personas. La iniciativa privada no lucrativa en nuestro país, procede de Cáritas como la principal organización. Dentro de las instituciones de tipo laico, es necesario mencionar las obras sociales de las cajas de Ahorro y otras como Cruz Roja o la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) (Felipe, 2004). Así mismo, una asociación voluntaria es un grupo estructurado cuyos miembros se han unido con la finalidad de hacer avanzar un interés o lograr cierto objetivo o propósito social. Estas organizaciones son voluntarias en un doble sentido: gran parte de sus recursos humanos son aportados por miembros voluntarios, y son no gubernamentales, no lucrativas. Hay en esta definición un componente normativo: libertad de acción y ausencia de motivación lucrativa (Ariño, 1999).

En definitiva y para concluir el apartado, diremos que el resultado final ha sido la constitución de un régimen de Servicios Sociales caracterizado por un alto nivel de descentralización, en el que están presentes el Gobierno Central, los Gobiernos Autonómicos y los consistorios municipales; un grado todavía importante de beneficencia y una oferta insuficiente que el sector público no tiene capacidad para potenciar. En comparación con los otros sistemas que configuran el modelo público español de Estado del Bienestar como el sanitario o el educativo, el desarrollo de los Servicios Sociales, tanto en el ámbito legislativo como organizativo o presupuestario, es mínimo ocupando una posición secundaria y subordinada al conjunto de la protección social (Subirats, 2007).

### **2.3.3 Los principales rasgos del Sistema de Servicios Sociales actual**

El Sistema Público de Servicios Sociales en nuestro país, nos ofrece servicios como instrumentos claves para el interés general de los ciudadanos y para la salvaguardia de los Derechos Humanos fundamentales y de la dignidad humana y contribuyen a asegurar la creación de la igualdad de oportunidades para todos,

aumentando así la capacidad de los ciudadanos para participar plenamente en la sociedad. Los Servicios Sociales son esenciales para el logro de la cohesión social, económica y territorial, un alto nivel de empleo y el crecimiento económico (Fernández, 2011).

Según Subirats (2007), los Servicios Sociales poseen unos destinatarios cuyos perfiles son diversos y cambiantes en función de la evolución socio-económica de nuestra realidad social, para ello es necesario que contengan una elevada capacidad de adaptación al entorno cambiante, tanto en términos organizativos como de gestión y financiación. El autor, enmarca el sistema español de bienestar social en el modelo latino, cuyas características son: sistema dual y de universalización incompleta, colusión de los servicios públicos con el sector privado, descentralización y municipalización, red última de protección débil y baja intensidad protectora, inexistencia de una red última de seguridad, requisitos de residencia para acceder a prestaciones, comprobación estricta de recursos y existencia de programas categoriales (personas con discapacidad, tercera edad, infancia...).

En cuanto a los equipamientos, todas las CCAA cuentan con centros de acogida, residencias, pisos tutelados, Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y centros de atención a drogodependientes. Sin embargo, la oferta pública de Servicios Sociales española, en global, es muy reducida, situándose por debajo de la media europea, por lo que una alta proporción de la asistencia recae en la familia y en las redes sociales de proximidad. Ello ha generado una estructura de relaciones entre Administraciones Públicas, sector privado y organizaciones voluntarias –de carácter benéfico y religioso- basada en el particularismo y el patrón político, donde la coordinación y la concertación de políticas entre el sector público y el privado es relativamente débil (Sarasa y Giner, 1995).

Cabe señalar la escasa financiación del sistema y la tendencia tanto del Gobierno Central como los Autonómicos de reducir su esfuerzo presupuestario, recayendo progresivamente en mayor proporción en los Gobiernos Locales. Además, el actual Sistema de Servicios Sociales se podría considerar que está constituido por 17 subsistemas construidos en función de la voluntad política de las autoridades públicas,



la asunción de competencias en la materia y las posibilidades de financiación. Así, en función del lugar donde se vive se dispone de unos u otros servicios y equipamientos y también en función de ello la ciudadanía debe participar en mayor o menor medida en el gasto del servicio prestado (Subirats, 2007).

Con la Constitución, se dan los pasos para la formación del sistema, pero se pierde la oportunidad de sentar las bases de un sistema de Derecho subjetivo para todo el Estado, como en Educación o Sanidad. Que los Servicios Sociales se configuren como Derecho subjetivo permite la existencia de carteras de servicios donde la ciudadanía reconoce y exige prestaciones tanto económicas como técnicas, y dota de carácter de sistema de protección social. Además, existen unos procesos divergentes en los Servicios Sociales, entre los que podemos encontrar diversos escenarios, destacando importantes diferencias entre las CCAA. Uno de ellos es el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, en el que en sus inicios contemplaba la financiación a un 33% de cada una de las Administraciones Públicas, actualmente se evidencia que las corporaciones locales aportan más del 60% a la financiación de las prestaciones básicas, haciendo depender las prestaciones sociales de la voluntad política y de la capacidad económica de los ayuntamientos. Otro de los escenarios divergentes son las leyes de segunda generación que hablan de la necesidad de adaptar los Servicios Sociales a los nuevos contextos, de actualizar leyes e incluir en ellas nuevas prestaciones, programas y recursos. Sin embargo, lo fundamental es la configuración de dos modelos de Servicios Sociales, diametralmente diferentes en el Estado español, uno de Derechos y otro asistencial. Por un lado leyes que inciden en la consideración de los Servicios Sociales como Derecho subjetivo, por tanto de ciudadanía, las Comunidades de Aragón, Asturias, Navarra, Cataluña, Cantabria y País Vasco. Por otro lado aquellas que siguen situándose en el ámbito de prestaciones no garantizadas como Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Islas Baleares, Comunidad Valenciana, Murcia, Madrid y La Rioja. Otro de los escenarios es el de las RMI, que no formaban parte de las prestaciones básicas de los Servicios Sociales, siendo prestaciones asistenciales que se han insertado en las estructuras de Servicios Sociales y se han concebido como uno de los elementos principales de lucha contra la exclusión social.

Las Rentas Mínimas se regulan a través de las CCAA, éstas son gestionadas en su ámbito cotidiano en los Servicios Sociales de los ayuntamientos, viéndose desbordados en su implantación y gestión de esta prestación, esto conlleva a reducir la acción protectora y reforzar los aspectos punitivos de las rentas (Uceda-Maza y García-Muñoz, 2010; Subirats, 2007). Según Felipe (2004: 167), el Sistema de Servicios Sociales “*ha tenido un desarrollo desigual y en ciertos aspectos errático sobre todo debido a los escasos estudios que se han realizado sobre las necesidades reales de las personas. El protagonismo de las CCAA es ineludible, pero la falta de una normativa marco a nivel estatal ha hecho que cada una de ellas estructurara su forma y, aunque son innegables los puntos en común entre ellas, también lo son las diferencias, lo que repercute en una distinta protección para las personas según territorios geográficos*”. Un último escenario sería la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia que abordaremos en el siguiente apartado con mayor detenimiento.

Con relación a las necesidades de investigación, hay que hacer mención a la necesaria aplicación de las nuevas tecnologías en el ámbito de los Servicios Sociales. La aplicación informática SIUSS ha sido una importante apuesta que ha tratado de impulsar el Plan Concertado, todavía no generalizada, dificultando la unificación de criterios de recogida de información, la evaluación o comparación de resultados, lo que es básico para una ajustada planificación de necesidades-recursos.

Según Felipe (2004), los principales retos sociales que tanto a nivel de Servicios Sociales de nivel primario como en el de los servicios especializados son los siguientes: el proceso de envejecimiento poblacional repercutirá en un aumento de personas mayores y en edades cada vez más avanzadas, lo que influirá en el gasto social, tanto en prestaciones económicas como en asistencia sanitaria y Servicios Sociales. Los servicios de atención a estas personas requerirán adecuarse a su número y a sus características. Los cambios que se han producido en la estructura familiar, por la existencia de nuevas formas de unión y la incorporación de la mujer al mercado laboral, requerirán el crecimiento y la adecuación de servicios exteriores. La persistencia de la

pobreza y la desigualdad. En todas las grandes poblaciones, sobre todo, siguen existiendo importantes bolsas de pobreza integradas por una población en situación de riesgo o de exclusión. Estos colectivos precisan de apoyo exterior para poder superar las limitaciones que presentan. La inmigración por la llegada de personas de otros países y otras culturas. La dificultad para regularizarse hace que la población extranjera sea potencial usuaria de los Servicios Sociales. La activa participación de entidades de iniciativa privada, abre también nuevas posibilidades y necesidades de coordinación por parte del Sistema de Servicios Sociales. La pervivencia de la desigualdad entre sexos. Es sistema de protección innovador para la protección de los derechos civiles y sociales de las mujeres. Los menores y adolescentes son colectivos que siguen encontrándose con dificultades sociales específicas y que se derivan de su necesidad de protección cuando las redes primarias presentan problemas en su adecuación. La sociedad de la información y los grandes avances tecnológicos y de comunicación, conforman un escenario de grandes posibilidades de prosperidad, mejores trabajos y nuevas formas de participación social, sin embargo, el llamado “analfabetismo digital” constituye un reto para las diferentes formas de lucha contra la exclusión social.

La Memoria del Plan Concertado (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011-2012), de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales, recoge la información tanto al número y tipología de los proyectos, como a los costes de los servicios y su financiación por la Administración General del Estado, Autonómica y Local. Además, pone de manifiesto las principales características y dimensión actual de la Red de cobertura, prestaciones y financiación. También pretende facilitar la visualización de la progresiva implantación y desarrollo de equipos, prestaciones y programas de la gran mayoría de los Servicios Sociales de Atención Primaria e información sobre la evolución del Plan Concertado desde el año 1988. No entraremos en su análisis por no suponer un objetivo de la presente tesis, no obstante

haremos referencia al mismo en alguno de los apartados que sí sean de interés para el estudio que nos ocupa<sup>22</sup>.

Según el II Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social ( Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013-2016), el Tercer Sector de Acción Social es el ámbito formado por entidades privadas de carácter voluntario y sin ánimo de lucro que, surgidas de la libre iniciativa ciudadana, funcionan de forma autónoma y solidaria tratando, por medio de acciones de interés general, de impulsar el reconocimiento y el ejercicio de los Derechos Sociales, de lograr la cohesión y la inclusión social en todas sus dimensiones y de evitar que determinados colectivos sociales queden excluidos de unos niveles suficientes de bienestar. Las Administraciones Públicas han encontrado en este Tercer Sector la solución a la respuesta que exigían muchas necesidades sociales y, por lo tanto, han impulsado y fomentado la actividad de las organizaciones no lucrativas de este sector e incluso cuenta con ellas con mucha frecuencia, cada vez mayor, para la prestación de servicios públicos.

En síntesis y para concluir el apartado, el sistema actual de Servicios Sociales es un sistema mixto por su historia, evolución reciente y por el tipo de necesidades que trata de satisfacer. Pero a este sistema mixto le falta universalidad en cuanto a derechos, intensidad protectora en cuanto a contenido, equidad territorial en cuanto a recursos y requisitos de accesibilidad y una elevada capacidad de coordinación interna y con otros dispositivos protectores (Rodríguez, 2004).

#### **2.3.4 La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia**

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su exposición de motivos afirma que la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su

---

<sup>22</sup>[https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/planConcertado/Memoria\\_Plan\\_Concertado\\_2011-12.pdf](https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/planConcertado/Memoria_Plan_Concertado_2011-12.pdf)

autonomía personal constituye uno de los principales retos de la Política Social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus Derechos de Ciudadanía.

La citada ley en su artículo 2 describe los términos de Autonomía, Dependencia, Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), necesidades de apoyo para la autonomía personal, cuidados no profesionales, cuidados profesionales, asistencia personal y Tercer Sector<sup>23</sup>. Como términos de interés describiremos los conceptos de autonomía y dependencia:

- Autonomía: *“es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las ABVD”*.

- Dependencia: *“es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar ABVD o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”*.

Cabe dar mención al término fragilidad (ver anexo 1) ya que supone según el documento sobre prevención de fragilidad y caídas en personas mayores del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de 2014, la situación previa al desarrollo de discapacidad y dependencia. La fragilidad es un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar nueva discapacidad desde una situación de limitación funcional

---

<sup>23</sup> Para tener más información acceder a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299. Viernes 15 de diciembre 2006.

incipiente, de inactividad, aumentando la vulnerabilidad de quien la padece. La fragilidad muestra una asociación directa con la edad, afectando más a mujeres.

A partir del inicio del siglo XXI se han elaborado otros instrumentos que influyen directamente en la conformación del Sistema de Servicios Sociales. En 2006 el Gobierno Central, como respuesta a la Recomendación Adicional 3.a de la renovación del Pacto de Toledo (2003), aprueba la Ley 39/2006. Como base argumentativa de la ley 39/2006 se encuentran, entre otros factores estructurales y factores de estrategia política. La evolución de los principales indicadores sociodemográficos y las prospecciones formuladas en relación al envejecimiento de la población hacen prever un incremento constante y progresivo de las situaciones de dependencia. A través de la ley se constituye el SAAD conformado por tres niveles de atención (nivel mínimo de protección, segundo nivel de protección y tercer nivel adicional), que integra centros públicos y privados y cuyos servicios se prestarán a través de la red pública de Servicios Sociales, con independencia de la titularidad de los mismos.

En un intento de consolidar un SAAD transversal y basado en la cooperación inter-administrativa, se constituye el Consejo Territorial del SAAD, como espacio motor encomendado del posterior desarrollo y creación del sistema, cuya previsión de la implantación total se espera finalice en 2015. La ley establece como mecanismo de concreción y cooperación inter-administrativa la firma de convenios, anuales o plurianuales, entre la Administración General del Estado y cada una de las CCAA que determinarán las obligaciones asumidas por cada parte para la financiación del sistema así como los objetivos y medios para la aplicación de los servicios y prestaciones (Subirats, 2007).

A continuación se expone en la tabla 3 la estructura de los órganos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Tabla 3. Estructura de los órganos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

CONSEJO TERRITORIAL DEL SAAD	COMITÉ CONSULTIVO DEL SAAD
COMPOSICIÓN:	
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS)	- Administración General del Estado (AGE.) (6)
- Representantes de otros departamentos ministeriales	- CCAA (6)
- CCAA	- Entidades Locales (6)
PRINCIPALES FUNCIONES:	
- Acordar el marco de cooperación interadministrativa	- Organismos empresariales (9)
- Establecer criterios para determinar la intensidad de la protección de los servicios	- Organismos sindicales (9)
- Acordar las condiciones y cuantías de las prestaciones	
- Adoptar los criterios de participación de los usuarios	FUNCIÓN:
- Acordar planes, proyectos y programas conjuntos	Informar asesorar y formular propuestas al Consejo Territorial del SAAD
- Adoptar criterios comunes de actuación y evaluación	
- Servir de cauce de cooperación, comunicación e información entre las Administraciones Públicas	

Fuente: Adaptado de Subirats, 2007.

Además de lo expuesto en la tabla 3, contamos con un Consejo Estatal de Personas Mayores, un Consejo Nacional de Discapacidad y un consejo de ONG de Acción Social, cuya función es informar, asesorar y formular propuestas al Consejo Territorial del SAAD.

La Ley 39/2006 abre en nuestro país la aparición de los Derechos Sociales y nuevos modelos de intervención, incluyendo el principio de universalización de los Servicios Sociales, contemplando el Derecho subjetivo a estos servicios (artículos 1 y 3). Según Ramírez (2011), se constatan cuatro aspectos especialmente preocupantes que dificultan la implantación de la ley 39/2006: la cronificación del limbo de la

dependencia<sup>24</sup>, las dificultades derivadas del modelo de financiación, el sobredimensionamiento de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales y la falta de transparencia informativa. Las personas que tienen reconocido un grado y nivel, les da derecho a recibir prestaciones y servicios del sistema, pero aún no se les ha aprobado el Plan Individualizado de Atención (PIA) que les permite recibir de manera efectiva estos servicios o prestaciones. En el modelo de financiación, la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2013)<sup>25</sup> ha publicado un detallado informe sobre financiación del sistema<sup>26</sup>, que pone de manifiesto el desequilibrio entre lo que aporta de manera efectiva la Administración General del estado (34%) y las CCAA (52%) y el resto (14%) en el coste efectivo de los servicios y prestaciones económicas. Evidencia también los desequilibrios en el gasto entre unas y otras Comunidades. El sobredimensionamiento de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales supone el 58% de los beneficiarios del sistema.

Según el resumen de evaluación de 2013 del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia a 31 de diciembre de 2013 (último informe revisado), existen un total de 1.644.284 (100%) solicitudes, de las cuales 1.530.190 (93,06%) están valoradas, 1.242.570 (81, 20% de las personas valoradas) son beneficiarios con derecho a prestación (287.620 (18,80%) son personas valoradas no dependientes que no pueden ser beneficiarios porque no se les reconoce situación de dependencia). De las personas valoradas que son beneficiarios de la ley, suponen un total de 944.345, de los cuales 190.503 (20,17%) son beneficiarios tramitándose la concesión de prestaciones y 753.842 (79,83%) son el total de beneficiarios con prestaciones concedidas. Por último,

---

<sup>24</sup> Porcentaje de personas con dictamen que da derecho a prestación o servicio en el Sistema de Atención a la Dependencia, y que no tienen ni siquiera prescrito dicho servicio o prestación (PIA) (Índice DEC, 2012).

<sup>25</sup> Para tener más información consultar en: <http://www.directoressociales.com>

<sup>26</sup> Informe sobre el Desarrollo y Evaluación Territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, enero 2013. X Dictamen del Observatorio.



298.225 (19,49%) personas estaban valoradas y pendientes de efectividad del derecho según la ley.

*El Informe sobre el Desarrollo y Evaluación Territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de* (Ibídem, 2013), en sus conclusiones finales determina las siguientes afirmaciones: abogar por la salvaguarda de los derechos de las personas dependientes y de quienes las atienden; clamar por el cumplimiento de la Ley 39/2006. Existen varias razones para apostar por el desarrollo de unos Servicios Sociales adecuados. La primera es que no nos podemos permitir la desatención. Las previsiones mostraban un futuro con millones de ciudadanos en situación de fragilidad y con necesidad de apoyos para poder vivir plena y dignamente y el gasto sanitario español en atenciones a personas con enfermedades crónicas, muchas de ellas causadas por la edad, sigue avanzando de manera alarmante. La segunda es la tan necesaria reactivación económica mediante el desarrollo de un sistema potente de servicios de atención a las personas dependientes y a las familias cuidadoras.

Según Uceda-Maza y García-Muñoz (2010), la aplicación de la Ley 39/2006 constituye un eje de divergencia en los Servicios Sociales, tanto por su desarrollo desde diferentes conserjerías y organismos, como por la participación de los ayuntamientos, que no solo es recomendable sino necesaria; para ello es suficiente ver el catálogo de servicios, algunos de ellos ya gestionados por los Servicios Sociales, como el SAD, la teleasistencia, la prevención de las situaciones de dependencia, centros de día y centros residenciales. La no articulación de la dependencia con los ayuntamientos y sus Servicios Sociales provoca la instauración de la doble red, una para la dependencia y otra para las otras prestaciones. La mayoría de las CCAA han decidido gestionar el sistema de dependencia desde una conserjería u otra, en su mayoría se han decidido circunscribirlo en el ámbito de las Conserjerías de Bienestar, pero en algún caso como Extremadura, lo están desarrollando desde la Conserjería de Salud, y en la Comunidad Valenciana mediante empresas privadas (Agencia Valenciana de Prestaciones Sociales-Sociedad Anónima-, AVAPSA). Los autores mencionados hacen atención a que la ley

se está realizando de forma y ritmo diferentes, en función de cada una de las CCAA. La ley en su corta existencia ya ha transitado por tres ministerios (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, posteriormente al Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y actualmente al Ministerio de Sanidad y Política Social), es excesiva la disparidad en su aplicación según la comunidad e ilógica la ausencia de los Servicios Sociales de las Entidades Locales, tanto en la planificación como en el desarrollo de la misma.

Para concluir el apartado, diremos que si bien el recién constituido SAAD supone un nuevo desarrollo normativo en materia de protección social, con planteamientos de universalización en el acceso, atención integral e integrada, y transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia (artículo 3) su concreción y capacidad protectora quedarán supeditadas a su concreción e implantación posterior (Subirats, 2007). *“Las políticas de promoción de la autonomía personal constituyen una dimensión fundamental de cualquier estrategia de mejora de la inclusión social, y sin lugar a dudas, un incremento de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y de sus cuidadores/as, en general, son políticas de bienestar y seguridad en una sociedad cada vez más compleja”* (Uceda-Maza y García-Muñoz, 2010: 93).

### **2.3.5 La evolución del Sistema de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana**

Las dos últimas décadas del siglo XX han contemplado la creación y desarrollo del Sistema de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana. El paso de la beneficencia al Derecho ciudadano ha marcado una diferencia de carácter definitivo.

La evolución histórica en la Comunidad Valenciana podemos situarla en los comienzos del sistema en los primeros años de la década de los 80. Con anterioridad los Servicios Sociales existían institucionalmente solo de la óptica de los especializados (SEREM, INSERSO). Los Servicios Sociales generales, de carácter polivalente y de Atención Primaria no existían, salvo algunas experiencias aisladas de ayuntamientos con trabajadores sociales.

En 1982, es cuando la Generalitat Valenciana destacó algunos equipos en los municipios más afectados por la riada de octubre (la “pantanada” de Tous) para atender los problemas sociales, tuvo un crecimiento rápido y constante, alcanzando al final de la década casi la totalidad de cobertura en todos los municipios de la Comunidad Valenciana. Dentro del III Plan de Emergencia Social se contratan 40 profesionales (trabajadores sociales, educadoras, psicólogos) para cinco ayuntamientos afectados (Uceda i Maza, Pitarch, Pérez y Rosaleny i Castell, 2012; Belis y Moreno, 2002; Uceda i Maza y Andrés, 2007; Uceda-Maza y García-Muñoz, 2010).

En los años 1982/83 se crean Equipos de Intervención, con carácter experimental, en Valencia (Fuensanta y Malvarrosa), Buñol, Paterna, Sagunto y Carlet mediante un concierto entre la Diputación y los respectivos municipios. Son equipos inicialmente diseñados para la prevención de la marginación del menor, como paso previo en su configuración como Centros Municipales de Servicios Sociales (CMSS), cuyos rasgos son tres: abiertos para todos, globalizados y polivalentes.

En 1987 ya hay 49 convenios Ayuntamientos/Diputación suscritos. Convenios tripartitos para la financiación conjunta de 32 Equipos Base que atienden diversos municipios. Además en el mismo año el Gobierno Valenciano aprueba una serie de medidas institucionales de lucha contra la pobreza, derivándose de ello el Decreto 157/1988, por el que se establece el Plan Conjunto de Actuación en Barrios de Acción Preferente (Uceda i Maza y Andrés, 2007).

Además en 1987, cabe decir que la aprobación del Plan Concertado de Prestaciones Básicas fue definitiva para la consolidación del sistema, como hemos mencionado en el apartado anterior. Las características principales las resumimos en los siguientes puntos: superación de la Beneficencia Pública, descentralización de competencias del estado a las CCAA y en menor medida a las corporaciones locales, establecimiento de la obligatoriedad de prestar Servicios Sociales a los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y la implantación en todo el estado de las Unidades de Trabajo Social, promulgación de las Leyes de Servicios Sociales de las CCAA. Queda

así pues definido el sistema a través de las Leyes autonómicas, recogiendo todas ellas los principios de igualdad y universalidad de la Constitución (Belis y Moreno, 2002).

En relación a la legislación y normativa, la primera Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana se publicó en 1989, Ley 5/1989 de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana. *“En la citada ley se define un ámbito de actuación (la población en general, y los grupos poblacionales carenciados), se definen los niveles de intervención de los Servicios Sociales (generalizados, especializados), se establecen modalidades de intervención (preventivos, asistenciales y rehabilitadoras) y se desarrolla la estructura de ese modelo de Servicios Sociales caracterizando y definiendo los Servicios Sociales generales y los especializados”* (Bueno, 1992: 168).

El Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana (Ley Orgánica 5/1982 de 1 de julio)<sup>27</sup> establece en su artículo 31, que corresponde a la Comunidad Valenciana la competencia exclusiva sobre materias relativas a los Servicios Sociales.

En 1997 aparece la segunda y Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana: Ley 5/1997<sup>28</sup>, que derogó la anterior. La ley define los Servicios Sociales como un sistema integral, armónico, interdependiente y coordinado, de responsabilidad pública y de derecho para los ciudadanos/as. Declara como principios de actuación la responsabilidad pública, la prevención, planificación y evaluación, la igualdad y universalidad, la globalidad y la integración, y la descentralización, desconcentración y coordinación para lograr una mayor aproximación a los ciudadanos/as, todo ello con la finalidad de consolidar los Servicios Sociales y para ello, se establece una serie de Planes y Comisiones encaminadas a lograr estos fines: Plan Concertado de Servicios Sociales Generales (Preámbulo II), Plan general de Servicios Sociales (artículo 5), Plan

---

<sup>27</sup> Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana (vigente hasta el 11 de abril de 2006). DOCV núm. 74 de 15 de julio de 1982 y BOE núm. 164 de 10 de julio de 1982.

<sup>28</sup> Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana. DOGV, nº 3028, de 4 de julio de 1997 y BOE núm. 192 de 12 de agosto de 1997.

de Financiación Concertado con las Entidades Locales (artículo 6.2), Plan Valenciano de Servicios Sociales (artículo 39.3), Plan Integral de Servicios Sociales (Disposición adicional 1ª), Plan de Desarrollo Integral de Minorías Étnicas (artículo 25), Comisión de Participación del Plan Concertado con las Entidades Locales (artículo 8.2), Comisión Mixta de carácter Interdepartamental (Disposición adicional 2ª). En cuanto a competencias, añade competencias en materia de atención a enfermos mentales y enfermos terminales.

En el capítulo I de la citada Ley 5/1997, en su artículo 40, se crea el Consejo Valenciano de Bienestar Social, órgano de participación social, asesoramiento y colaborador de la Generalidad en aquellas actividades que incidan en el campo de los Servicios Sociales, adscrito a la Consellería de Bienestar Social.

El desarrollo legislativo ha sido desigual en la Comunidad Valenciana en cuanto a sectores se refiere. En 1994 se promulgó la Ley de la Infancia, en el 1997 la Ley sobre Drogodependencias y otros trastornos modificada en parte de su articulado por la Ley 4/2002 de 18 de junio. En el 2001 se aprobó la ley del Voluntariado y también la Ley reguladora de la Mediación Familiar, la Ley de Renta Garantizada de Ciudadanía, la Ley 12/2008 de Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia y la Ley 5/2009 de Protección de Maternidad (Belis y Moreno, 2002; Uceda i Maza et al., 2012).

Así mismo es importante señalar que la Comunidad Valenciana ha destacado por realizar una aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia al margen de los Servicios Sociales municipales, generando una red de profesionales no integrados en el sistema. Creó la AVAPSA para el desarrollo de la Ley y mediante subvención de la Federación Valenciana de Municipios y Provincias, siendo una dificultad para la coordinación y cooperación institucional (Uceda i Maza et al., 2012). La AVAPSA es una empresa dedicada a la organización, gestión y prestación de Servicios Sociales en el Ámbito Territorial de la Comunidad Valenciana. Su objetivo es la prestación de cuantos otros servicios de carácter socio-sanitario le sean encomendados por la Generalitat. La Ley 1/2013 de Medidas de Reestructuración y Racionalización del sector Público

Empresarial y Fundacional de la Generalitat (artículo 22) expone que se extingue la AVAPSA mediante la cesión global a favor del Instituto Valenciano de Acción Social (IVAS)<sup>29 30</sup>.

La Ley 4/2012, de 15 de octubre, por la que se aprueba la Carta de Derechos Sociales de la Comunidad Valenciana, supone un paso decisivo en la consideración de los derechos sociales (artículo 2), siendo el objeto de la carta, articular el conjunto de principios, derechos y directrices que informan la actuación pública de la Generalitat en el ámbito de la Política Social.

Los Planes y otras normativas de la Comunidad Valenciana que se han ido elaborando a lo largo de estos años son los siguientes (Belis y Moreno, 2002; Uceda i Maza et al., 2012): en 1988, el Plan Conjunto de Actuación en Barrios de Acción Preferente, mencionado anteriormente. En 1990, el Plan de Ordenación de los Servicios Sociales, cuya finalidad era actualizar y adaptar a la Ley de Servicios Sociales de 1989 los procedimientos administrativos para el registro, autorización y acreditación de centros y servicios. Dentro de la ordenación de Servicios Sociales se establecen los tres elementos referenciales de la atención primaria: los Equipos Sociales de Base, los Centros Sociales y las Prestaciones Básicas. También en 1990, el Plan de Medidas de Inserción Social. En 2001, el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, con el objetivo de organizar y evaluar la asistencia psiquiátrica y de salud mental de la Comunidad Valenciana. En 2002-2005, el Plan Integral de la Familia e Infancia que constituye una apuesta por políticas sociales activas basadas en redes sociales y como objetivo común la mejora del nivel de vida de los mayores (actualmente II Plan 2007-2010). Mediante Decretos 33/2002 y 34/2002 se crearon la Comisión Interdepartamental y el Foro Valenciano de la Inmigración. El Decreto 90/2002 de 30

---

<sup>29</sup> La Ley 1/2013, de 21 de mayo, de la Generalitat, de Medidas de Reestructuración y Racionalización del sector Público Empresarial y Fundacional de la Generalitat. DOCV núm. 7030 de 23 de mayo de 2013 y BOE núm. 136 de 07 de junio de 2013.

<sup>30</sup> Para obtener mayor información: [www.ivadis.com](http://www.ivadis.com).

de mayo sobre control de calidad de los centros y servicios de acción social y entidades evaluadoras de la misma. El Decreto 91/2002 sobre Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social y de Registro y Autorización de Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social.

Según Belis y Moreno (2002), el eje económico del sistema de protección social hace referencia a su financiación, sus fuentes de ingresos, la estructura de sus presupuestos, la planificación de sus gastos. La primera ley que hace referencia a la obligatoriedad de financiación de cada una de las Administraciones Públicas al Sistema de Servicios Sociales es la citada Ley de Bases de Régimen Local, en cuyo texto se establecen los principios que ha de regir su financiación: principio de suficiencia y de autonomía tributaria. En la etapa preautonómica hay que resaltar la voluntariedad de las diferentes administraciones en la prestación de Servicios Sociales. La primera consecuencia directa de esta situación es que no todos los habitantes de la Comunidad Valenciana tienen los mismos derechos en materia de acción social, produciéndose discriminaciones entre vecinos de unos y otros municipios y recayendo la potestad de disponer o no de servicios en los responsables políticos de las corporaciones locales. En la etapa autonómica, las transferencias de competencias del Estado a las CCAA favorece el desarrollo de los Servicios Sociales generales, básicos o comunitarios. Actualmente la Ley de Bases de Régimen Local queda modificada por la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local. En su artículo 25 expone que el municipio, para la gestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias, puede promover actividades y prestar los servicios públicos que contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal. En su artículo 26 expone que en los municipios con población superior a 20.000 habitantes, se deberán prestar los siguientes servicios: protección civil, evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social, prevención y extinción de incendios e instalaciones deportivas de uso público. En relación a la financiación, en su artículo 27 expone que la delegación del Estado y las CCAA a los municipios, habrá de mejorar la eficiencia de la gestión

pública, contribuir a eliminar duplicidades administrativas y ser acorde con la legislación de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.

Se inicia a partir de las transferencias a las CCAA y por parte de la Administración Autónoma la puesta en funcionamiento de los programas transferidos en 1984, se potencian las Direcciones Generales de Servicios Sociales como servicios descentralizados, se sientan las bases del programa de inversiones y se publican Decretos y Órdenes que recogen el sistema de subvenciones a las que pueden acogerse las Administraciones Locales y otras entidades para el desarrollo de planes y programas a través de los cuales se empieza a configurar el Sistema de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana.

Se van fijando las bases para la racionalización y profesionalización, unificando criterios y aplicando módulos para la concesión de ayudas y subvenciones, firmas de convenios en diferentes niveles y entre las Administraciones Estatal, Autónoma y Local, en los que se establecen los servicios básicos a prestar así como la financiación de los mismos, favoreciendo el cumplimiento de objetivos tales como la creación de una red de profesionales que garanticen el ejercicio de los Derechos Sociales a los ciudadanos, la prevención y reinserción social y se determinan como criterios básicos para alcanzar estos objetivos la responsabilidad pública, la descentralización y la progresiva municipalización de servicios. Todo ello precisa de un respaldo económico que se articula a través del Primer Plan Económico Valenciano (PEV, I).

A partir de 1988 y a través del Plan Concertado de Prestaciones Básicas se asume el compromiso por parte de las Administraciones Estatal, Autónoma y Local de aportar un 33% de contribución de cada una de ellas al coste total de la red básica. Además el Plan Concertado se fundamenta en cuatro compromisos: gestión, cofinanciación, colaboración técnica e información. Define las prestaciones básicas (información y orientación, ayuda a domicilio, alojamiento y prevención de la marginación e inserción social) y los equipamientos prioritarios (centros de servicios sociales, albergues y centros de acogida) (Uceda i Maza et al., 2012). Dentro del ámbito geográfico que engloba el Plan (7.404 municipios y 43.689.362 habitantes en 2011), un



98,71 de la población tiene disponibilidad de acceso a los Servicios Sociales de proximidad. Dicho Plan ha contado en 2011 de 1.547 millones de euros; el gasto, en una proporción cercana al 72%, es absorbido por el desarrollo de las Prestaciones Básicas y se ha podido tender aproximadamente 7 millones de personas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011-2012).

La actual Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana 5/1997 introduce la posibilidad de firmar convenios de carácter plurianual para el desarrollo de los diferentes programas de Servicios Sociales y determina que la Comunidad Autónoma debe consignar en sus presupuestos créditos para contribuir al desarrollo y mejora de las competencias de las Administraciones Locales y, por otra parte, que las Diputaciones Provinciales, los Ayuntamientos y las Mancomunidades deberán consignar dotaciones para el ejercicio de sus competencias en materia de Servicios Sociales.

En relación a la evolución organizativa, la competencia de Servicios Sociales ha tenido distintas dependencias desde el inicio de la autonomía en la Comunidad Valenciana. Casi siempre con rango de Dirección General y adscrita a Consellerías que tenían competencia en otras materias. En 1982 adscrita a la Consellería de Sanidad, Trabajo y Seguridad Social, a través de la Dirección General de Servicios Sociales. En 1985, la Consellería de Sanidad adquiere entidad propia y se queda exclusivamente con contenidos sanitarios.

Los Servicios Sociales pasa a la Consellería de Trabajo y Seguridad Social, que en 1991 pasa a denominarse Trabajo y Asuntos Sociales. También en el mismo año se crea el Instituto Valenciano de Servicios Sociales que desaparece en 1994, integrando sus cometidos en la Dirección General de Servicios Sociales y dentro de la citada Consellería. En 1997 se crea la Consellería de Bienestar Social. En octubre de 2001 se añade a sus competencias, las de inmigración, y las de planes especiales de vivienda. Su estructura se organiza en seis Direcciones Generales: Servicios Sociales, integración social de discapacitados, mujer, familia, menor y adopción, drogodependencias, planes especiales de vivienda, además del Instituto Valenciano de la Juventud, y el

Comisionado del Gobierno para la Inmigración. En personas con enfermedad mental, la atención psiquiátrica, depende de la Consellería de Sanidad y la atención social de Bienestar Social. La prescripción para el ingreso en recursos deben de hacerla los facultativos de Sanidad (Belis y Moreno, 2002). La actual estructura orgánica de la Consellería de Bienestar Social, en 2013, con seis Direcciones Generales, según el Decreto 179/2012 por el que se establece la estructura orgánica básica de la Presidencia y de las Consellerías de la Generalitat, de la Secretaría Autonómica de Autonomía Personal y Dependencia dependen de la Dirección General de Personas con Discapacidad y Dependencia, Dirección General de Acción Social y Mayores. De la Secretaría Autonómica de Familia y Solidaridad dependen la Dirección General de Familia y Mujer, Dirección general del Menor, Dirección General de Integración y Cooperación y la Dirección General de la Juventud y una Subsecretaría<sup>31</sup>.

Según el Decreto 193/2012 por el que aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Consellería de Bienestar Social, asignando a esta Consellería las competencias relativas en materia de políticas de prestación social, Servicios Sociales, dependencia, personas con discapacidad, familia, menores, adopciones, juventud, mujer, cooperación al desarrollo e inmigración<sup>32</sup>.

Con la aprobación de la Ley de Servicios Sociales de 1989 de la Generalitat Valenciana y del Plan de Ordenación de los Servicios Sociales de 1990, se establece la obligatoriedad para las entidades privadas lucrativas y no lucrativas que deseen desarrollar actividades en el sector de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana, la obligatoriedad de registro y de su autorización. También la citada Ley

---

<sup>31</sup> Decreto 179/2012, de 14 de diciembre, del Consell, por el que establece la estructura orgánica básica de la Presidencia y de las Consellerías de la Generalitat. DOGV núm. 6924 de 17.12.2012. Corrección de errores del Decreto 179/2012. DOGV núm.6962 de 11.02.2013.

<sup>32</sup> Decreto 193/2012, de 21 de diciembre, del Consell, por el que aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Consellería de Bienestar Social. DOGV núm. 6929 de 24.12.2012.

5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana, señala igualmente esas obligaciones. Según Felipe (2004), estas medidas además de contribuir a la mejora de la organización del sistema, han permitido la informatización de los datos y la posibilidad de acceder a ellos, conociendo así la envergadura de la complementariedad que está protagonizando el Tercer Sector.

El sector no lucrativo es una fuente generadora de empleo, aunque se les considera microempresas, dado su pequeño tamaño respecto al volumen de trabajadores. Se ha producido un aumento de las subvenciones a las cooperativas, que debe percibirse en el fomento de los SAD y de la gestión de centros por parte de las grandes cooperativas del sector. Este es el grupo de entidades que presenta, correlativamente, una mayor dependencia del sector público. Los servicios de proximidad para personas dependientes son los que en mayor medida presentan una aportación del Tercer Sector, tanto en nuestra Comunidad como en otras.

Esos servicios prestados desde la iniciativa privada son los correspondientes a los llamados SAD que pertenecen a la red de Servicios Sociales generales, y que son prestados desde los municipios, pero no con carácter universal sino de acuerdo a unos baremos en los que se tienen en cuenta tanto los ingresos económicos, como la situación familiar y de salud. La Dirección General de Servicios Sociales del Gobierno Autónomo establece convenios con los municipios y mancomunidades por los que financian parte del servicio, regula las condiciones de su prestación, y realiza el control correspondiente.

El sector público es mayoritario en el ámbito de los Servicios Sociales generales, siendo los centros sociales (ubicación de los equipos de Atención Primaria) de titularidad pública, de Ayuntamientos y de Mancomunidades. El sector no lucrativo se encuentra en su mayoría en el sector de los Servicios Sociales especializados y sobre todo en el de residencias de personas mayores y de discapacidad. Otros servicios relacionados con la atención y el cuidado a las personas mayores, a los menores y a la dependencia, como los centros de día, las residencias de larga o corta estancia y los

servicios de respiro para familiares, servicios de salud mental e inmigración suponen una oportunidad para el Tercer Sector (Ibídem, 2004).

Para concluir el apartado, daremos a conocer un estudio realizado por Uceda i Maza et al. (2012) en el Área Metropolitana de Valencia en el que se analiza la sostenibilidad de los Servicios Sociales y que constituye según los autores, una buena radiografía de la realidad después de treinta años de desarrollo del sistema. El análisis del caso se centra en las siguientes dimensiones: sostenibilidad social, cobertura territorial de los centros de Servicios Sociales, accesibilidad a los mismos y percepción de la ciudadanía respecto de su uso y satisfacción en los recursos del sistema. El estudio concluye que los Servicios Sociales valencianos, a juicio de los autores, se aleja del encuadre de los Derechos Sociales, pues todavía no ha desarrollado un marco de derecho subjetivo como otras CCAA. Además, se ha producido un incremento potencial demanda que no ha ido acompañado de un incremento de profesionales de Servicios Sociales y en particular del rol más representativo de los mismos que son los trabajadores sociales. Los autores afirman que la presencia del sistema se ha popularizado y las respuestas que genera son satisfactorias, aunque su uso está limitado, sus acciones se dirigen hacia aquellos grupos sociales conducidos a los márgenes de la sociedad, en el ámbito de la exclusión por su situación vulnerable o por su situación de riesgo social. Según Uceda i Maza y García-Muñoz (2010: 20), *“los Servicios Sociales valencianos son los últimos del estado español, tanto en presupuestos destinados como en inversión en Servicios Sociales por población vulnerable, ya que la Generalitat Valenciana está destinando menos porcentaje de presupuesto que en el año 1985, además de constituir una de las últimas CCAA en inversión por habitante, encontrándose cada vez a mayor distancia”*.

El Índice de Desarrollo de los Servicios Sociales, DEC (Derechos, Economía y Cobertura) (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2014), nos ofrece información sobre el desarrollo de los Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana, ofreciéndole una calificación global de irrelevante de sólo 0,60 puntos sobre 10 (DEC-0,6), no alcanzando la excelencia en ninguno de los tres aspectos

contemplados. Derechos y decisión política, esfuerzo económico y Cobertura. Resumimos a continuación los importantes déficits de cobertura: En el llamado “limbo de la dependencia”, esta situación afectaba en la Comunidad Valenciana a finales de 2013 a un 30,4%. En dotación de sus estructuras básicas de Servicios Sociales de ámbito local, con 1 trabajador por cada 7.916 habitantes, frente a la media estatal con 1 trabajador por cada 2.841 en 2011. En cobertura de la protección a la dependencia, que al final de 2013 sólo alcanza al 0.82% de su población, la mitad de la media estatal, que es del 1,60%. En RMI, sólo recibe una de cada 161,3 personas en la Comunidad Valenciana, muy inferior a la media estatal, que es una de cada 84,7 personas. Escasa cobertura de plazas residenciales para personas mayores de 65 años: la Comunidad Valenciana tiene sólo 3,07 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, frente a las 4,31 de media estatal en 2012. Baja cobertura del SAD, que sólo percibe el 2,34 de las personas mayores de 65 años, la mitad de la media estatal que es de 4,4%. Baja intensidad del SAD, sólo 11,36 horas mensuales de media, frente a las 19,32 de media a nivel estatal. Insuficiente número de plazas residenciales para PSH, con sólo 19,62 plazas por cada 100.000 habitantes, frente a 33,16 que es la media estatal en 2012.

Cabe destacar que cada trabajador social en la Comunidad Valenciana de su red básica tiene más del doble de población a atender que la media estatal, por lo que la población valenciana carece de cobertura suficiente para poder proteger a sus ciudadanos, pudiendo repercutir en situaciones de urgencia.

## 2.4 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

Podemos decir que la necesidad designa e identifica problemas (Montagut, 2000), asumiendo una función diagnóstica. Así mismo, las necesidades sociales exigen un orden para su tratamiento, es el conocido principio de prelación, que según este criterio, nos encontramos ante necesidades preferentes, urgentes y ordinarias. Las necesidades urgentes, exigen una preferencia temporal ya que se originan por emergencia, imprevistos o faltas de programación, por eso deben de estar sujetas a intervención, destinando fondos para cubrirlas. El binomio necesidades-recursos sociales es el que objetiva el campo de la intervención del Trabajo Social.

El bienestar social es el conjunto de cosas para vivir bien; por ello, es posible considerar que la protección social sea el conjunto de instrumentos utilizados por el Estado con el objetivo de promover y mejorar ese bienestar. La protección social constituye un mecanismo de redistribución que trataría de minimizar los efectos negativos generados por la organización social capitalista que pone en el margen a una parcela importante de la población.

El Sistema Público de Servicios Sociales en nuestro país, nos ofrece servicios como instrumentos claves para el interés general de los ciudadanos y para la salvaguardia de los Derechos Humanos fundamentales. Según el Índice DEC, 2014, los Servicios Sociales en España están en acusado proceso de deterioro, en especial los Servicios Sociales de base y proximidad.

La Comunidad Valenciana sigue ocupando el último puesto en la clasificación de las CCAA en el desarrollo de su Sistema de Servicios Sociales según el Índice DEC, 2014. Para equipararse a la media estatal, las Administraciones Públicas en la Comunidad Valenciana deberían invertir en Servicios Sociales 566 millones de euros más al año.

**CAPÍTULO 3**

**LA VULNERABILIDAD, EXCLUSIÓN,  
INTERVENCIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN A  
LAS EMERGENCIAS SOCIALES**





La sociedad postmoderna implica un nuevo contexto social, económico, tecnológico y cultural, presentando características nuevas planteando mayores exigencias al Sistema de Servicios Sociales. El escenario de la crisis financiera está incrementando la vulnerabilidad social e intensificando el riesgo y los procesos de exclusión social (Uceda-Maza y García-Muñoz, 2010). El impacto social de la crisis global es de tal magnitud que afecta a todas las dimensiones de la persona y a todos los elementos de la sociedad. Al desbordar los sistemas y desestabilizar los sectores, se manifiesta como un hecho total que necesita transitar hacia procesos interactivos y relacionales. La acción social requiere de su intervención más que nunca para salir de la crisis, al menos, amortiguarla (Serrano, Martínez, Vázquez, Rodiño, López y García, 2011). Desde la perspectiva política, *“esta crisis alumbra la necesidad de proteger algunos Derechos Humanos y fortalecer los sistemas públicos de atención. Los derechos humanos son los protectores de las capacidades que consideramos valiosas para llevar una vida humana. Todos los seres humanos necesitan tener garantizados unos mínimos para sobrevivir dignamente mediante condiciones de educación, salud, suficiencia económica y seguridad”* (García-Roca, 2010: 22). Los Servicios Sociales han de ser apoyados, estables, renovados, de responsabilidad pública y centrados en las personas, además tienen un papel fundamental que desarrollar en esta sociedad del riesgo (Beck, 1998), donde las seguridades del trabajo, del apoyo familiar, de las redes sociales se han resquebrajado, donde vivimos tiempos de desconcierto social, ante las situaciones de inmigración, envejecimiento, violencia de género y familiar, fracaso escolar, abandono y violencia en las aulas, etc.

Dar respuesta a las necesidades sociales es tan antiguo como el origen de la humanidad. Es patrón constante en la historia el hecho de *“ayudar a quienes no tienen recursos o presentan carencias”* (Raya, 2008: 42). La intervención de los trabajadores sociales tiene su sentido y adquiere identidad en la atención integral de las necesidades sociales humanas en el más pleno sentido de la palabra, sabiendo que *“esas necesidades van mucho más allá de lo puramente material y tangible, sabiendo que esas necesidades, son en la mayoría de los casos, exponentes de otras cuestiones más profundas relacionadas con la dinámica de las relaciones humanas, con la vivencia de*

*las realidades individuales, las actitudes y capacidades ante las situaciones de dificultad, en definitiva, por la interacción entre el hombre y su medio que, como sabemos, es algo que cada una de las personas lo vive de manera distinta”* (Esnaola et al., 2007: 61).

Las privaciones, la inseguridad, la falta de voz y la exclusión son las condiciones que definen la pobreza. Y todas ellas están interrelacionadas; por esta razón, la persistencia de cualquiera de ellas tendrá efecto en los esfuerzos por superar las otras. Es por ello que las medidas para acabar con la pobreza deben de abordar sus cuatro dimensiones de forma simultánea. Además, el marco de los Derechos Humanos ayuda a identificar las medidas necesarias para abordar las dimensiones en su conjunto, y el hecho de que esté cimentado en el derecho internacional les otorga legitimidad (Khan, 2010). Conviene apuntar que toda emergencia es social, y a su vez cualquier emergencia genera problemas y necesidades sociales de diferente grado y tipo, por lo que lleva implícito su carácter social (Arricivita, 2006).

A continuación hablaremos de vulnerabilidad, pobreza, exclusión y crisis como los nuevos horizontes explicativos de atención socio-sanitaria, además hablaremos del Trabajo Social e intervención ante las emergencias sociales; conceptos, contexto histórico del Trabajo Social e intervención en la emergencia y por último, el servicio social de atención a las emergencias sociales; funcionamiento, organización de diversos servicios en España y en especial el SAMUR Social de Madrid, servicio pionero en Europa y objeto de estudio de la presente tesis y el SAUS, servicio de atención a las urgencias sociales en la ciudad de Valencia.

El objeto de este capítulo es ofrecer una visión general de situaciones de vulnerabilidad, exclusión, pobreza y crisis que afectan a los ciudadanos generando necesidades sociales de emergencia que requieren un abordaje de intervención social por servicios específicos de emergencias sociales.

### **3.1 LA VULNERABILIDAD, POBREZA, EXCLUSIÓN Y CRISIS; NUEVOS HORIZONTES EXPLICATIVOS DE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA**

#### **3.1.1 Introducción**

Existen situaciones y procesos que antes eran calificadas de pobreza, precariedad, indigencia y exclusión, ahora se tiende a identificarlas de vulnerables, no obstante cada término tiene su significado pero comparten la misma característica en común, la necesidad de atención socio-sanitaria. Varios son los autores que nos presentan subgrupos de personas susceptibles de presentar vulnerabilidades o necesidades específicas de carácter psicológico y/o social que podrían precisar apoyo o intervención social y situaciones, como el envejecimiento, la dependencia, la soledad, las PSH, las condiciones de la vivienda, la violencia y el maltrato entre otras.

La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, la solución de los problemas de relaciones sociales, la toma de poder y la liberación de las personas para mejorar las condiciones de bienestar social a través de su intervención.

#### **3.1.2 La vulnerabilidad**

A menudo los términos vulnerabilidad, pobreza, inadaptación, fragilidad, precariedad, exclusión son utilizados como sinónimos, siendo necesario una clarificación semántica para utilizarlos con rigor (ver anexo 1). El concepto de vulnerabilidad social está tomando una relevancia cada vez mayor, ya que atiende a unas dinámicas que están surgiendo en las sociedades más avanzadas en estos últimos años (Sáez, Pinazo y Sánchez, 2008).

El marco conceptual de la vulnerabilidad nació de la experiencia humana en situaciones en las que a menudo era muy difícil de distinguir de la vida cotidiana normal del desastre. *“Vulnerabilidad puede ser definido como un factor de riesgo interno del sujeto o sistema que está expuesto a un peligro y corresponde a su predisposición intrínseca a ser afectado, o que son susceptibles a daños. Vulnerabilidad representa la susceptibilidad física, económica, política o social o la predisposición de una*

*comunidad a dañar en el caso del fenómeno desestabilizador de origen natural o antropogénico”* (Bankoff, Frerks y Hilhorst, 2004: 37).

Son varios los autores (Castel, 1995; de las Heras, 1997; Sáez et al., 2008) que distinguen tres zonas (ver anexo 1) de organización o de cohesión social. Por una parte una zona de integración, reconociéndose como una zona estable, trabajo regular y seguro, red de relaciones sólidas y soportes socializadores firmes. Distingámosla de una zona de vulnerabilidad que es una zona de turbulencias caracterizada por una precariedad en relación al trabajo y por una fragilidad de soportes relacionales. Habría una tercera zona que se podría denominar de exclusión, de gran marginalidad, desafiliación, en la que se mueven los más desfavorecidos. Éstos se encuentran a la vez por lo general desprovistos de recursos económicos, de soportes relacionales, y de protección social, de forma que la necesidad de ser justos con ellos no estriba únicamente en una cuestión de ingresos y de reducción de las desigualdades en los ingresos, sino que concierne también al lugar que se les procura en la estructura social. Hablamos de una zona a la que pueden abocar personas y grupos, sean cuales sean la zona en que se encuentren. Paro y desempleo. Carencia de relaciones sociales. Se cae en ella tras una trayectoria de desafiliación y desenganches de estos soportes. Ausencia de inclusión o integración. En cualquier caso, cabe insistir, la permanencia en esta zona no tiene por qué ser definitiva y, aunque en nuestros días es más fácil caer que salir, las trayectorias son reversibles (Sáez. et al., 2008).

En la siguiente figura 2 reflejamos las distintas zonas de cohesión social: integración, vulnerabilidad y exclusión y los ámbitos influyentes en el proceso de exclusión: económico, laboral, formativo, residencial, socio-sanitario, relacional y de ciudadanía y participación. Los ámbitos representados están estrechamente relacionados con el proceso que según Castel puede desembocar en la exclusión.

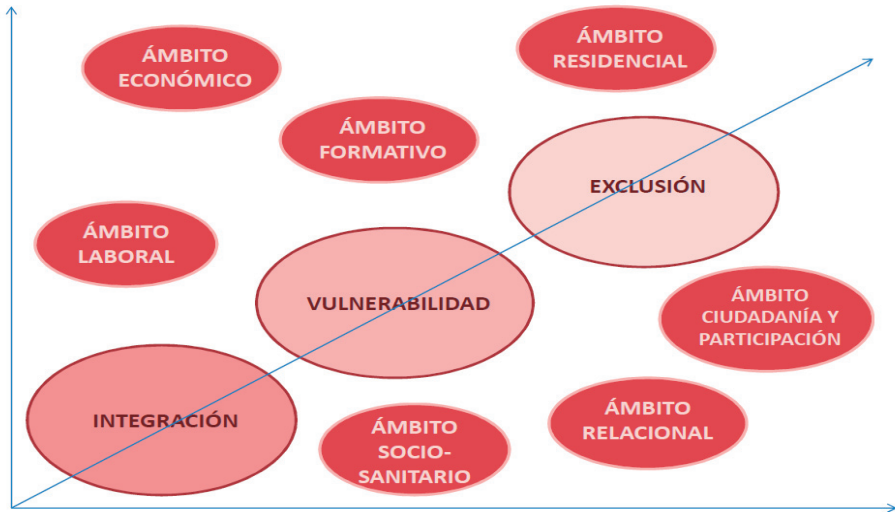


Figura 2. Zonas de cohesión social y ámbitos influyentes en el proceso de exclusión.

La zona de vulnerabilidad ocupa una posición estratégica. Se podría decir que es ella la que produce las situaciones extremas a partir de un basculamiento que se produce en sus fronteras. Castel designa al término de vulnerabilidad un enfriamiento del vínculo social que precede a su ruptura. En lo que concierne al trabajo significa la precariedad en el empleo, en el orden de la sociabilidad, una fragilidad de los soportes proporcionados por la familia y por el entorno familiar, como sistemas de protección informales. Cabe hacer mención al riesgo de ruptura que conduce las situaciones de vulnerabilidad a la zona de exclusión. Una característica importante considerada por el autor, es la ascensión a la vulnerabilidad, situaciones como la precariedad del trabajo, debilitamiento del vínculo social, así como los pequeños trabajos, la alternancia de empleo y de inactividad, las ocupaciones más o menos aleatorias, como las que hoy proliferan y que tienen una relación directa con un mínimo de seguridades sobre el futuro. Por otra parte la vulnerabilidad es reconocida según Bueno (2011) como aquellas situaciones que determinan la capacidad y la vivencia de la integración, supone que las personas se enfrentan a elementos de inseguridad, indefensión o exposición al riesgo. Se plasma en situaciones objetivas de la persona y también en las percepciones subjetivas de las propias personas sobre su situación ante posibles crisis potenciales.

Cuando la vulnerabilidad se amplía y profundiza en situaciones de carácter estructural, en situaciones de carácter multidimensional y cuando se vive como un proceso vital de pérdidas, de aislamiento y de rupturas de relación y nexos de apoyo es cuando se llega a las situaciones de exclusión.

Son varios los autores que reconocen la situación de exclusión no como un estado sino como un proceso (Castel, 1995; Subirats, 2004; Estivill, 2008; Sáez et al., 2008; de las Heras, 1997) que está operando incluso con antelación a que la gente bascule hacia esas posiciones extremas, pasando como en la figura 2 se describe, por situaciones previas de vulnerabilidad. Si hablamos en términos de proceso, más que estado, resulta indispensable enmarcar históricamente la situación actual. Sabemos que nos encontramos en una coyuntura particularmente delicada en materia de empleo, de inserción, de ruptura del vínculo social y lo iremos exponiendo a lo largo del presente capítulo.

El término de problematización considerado también por Castel, surge al analizar los términos de vulnerabilidad y de desafiliación social<sup>33</sup>.

Los términos de vulnerabilidad y desafiliación social obligan a considerar que existen rupturas bajo un mismo horizonte en la definición de la problematización<sup>34</sup> (Castel, 1997). Según Arteaga (2008), la mirada debe de dirigirse al punto donde los soportes se encuentran fragilizados, es decir, a los procesos de desafiliación y sus zonas de vulnerabilidad: aquellos espacios donde el individuo comienza a ver socavadas las instancias que le permitirán constituirse precisamente como individuo, la cuestión que

---

<sup>33</sup> Desafiliación entendida como debilidad de los soportes del individuo moderno -y el cual está fuertemente vinculado con el lugar que este último tiene en la división social del trabajo y en las redes de sociabilidad- (Castel, 1995).

<sup>34</sup> Foucault ofreció más bien una descripción: “*La problematización no es una representación de un objeto preexistente, o la creación de un discurso de un objeto que no existe. Ella es la totalidad discursiva y no discursiva de prácticas que proporcionan algo al juego de la verdad y la falsedad, colocándola como un objeto para la mente*” (Arteaga, 2008: 154).

será central en los soportes sociales e institucionales que permiten la configuración de la individualidad del hombre moderno<sup>35</sup>.

Lo relevante radica en localizar a aquellos sujetos que se localizan en los márgenes de lo social, y que permiten dar cuenta del arreglo de ciertos recorridos de vulnerabilidad. De esta forma obtenemos un horizonte que permite apreciar cómo la presencia de ciertos soportes habilitan la conformación de la individualidad del hombre moderno, la construcción de su interioridad, al igual que la posibilidad de que los sujetos construyan estrategias de acción como actores, en tanto que, por el contrario, quienes no cuentan con ciertos soportes se encuentran desafiados y poblando determinados espacios de vulnerabilidad. Para Castel estos espacios de vulnerabilidad se encuentran ligados al lugar ocupado por un individuo en la división social del trabajo, a su participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección, los cuales permiten cubrirlo frente a los avatares de la existencia, cuestión que Castel llama seguridad social (Castel, 2003).

Según Arteaga (2008), los conceptos de desafiación y vulnerabilidad social dibujan esos vínculos intermediarios e inestables que conjugan la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad, produciendo que el sujeto reduzca su registro de interacciones y relaciones institucionales. En el contexto de las sociedades modernas, el estado es la instancia que tradicionalmente ha venido constituyendo esas superficies de soporte. El desarrollo del Estado-Nación ha sido acompañado de una configuración particular que permite garantizar un conjunto de protecciones en el marco geográfico y simbólico de la Nación, en la medida en que ésta tiene un cierto control sobre determinados recursos (económicos, ecológicos, laborales, etc.), lo cual en mayor o menor proporción garantiza una serie de protecciones de carácter civil (libertades fundamentales y seguridad sobre bienes y personas), así como derechos sociales (Castel,

---

<sup>35</sup> El individuo en la sociedad moderna es reconocido por él mismo no como colectivo, pero por el contrario a lo que se piensa no es independiente creando de este modo una sociedad de individuos donde la inseguridad es total y el individuo tiene el poder de protegerse y proteger. Esta sociedad será una sociedad eminentemente basada en la seguridad ya que la seguridad es la condición indispensable para que los individuos puedan hacer sociedad (traducido del francés: Castel, 2003).

2003). El proyecto teórico de Castel radica en la reconstrucción de la trayectoria de la vulnerabilidad y de la desafiliación a partir del planteamiento de un problema actual.

Según Estivill (2008), la vulnerabilidad emerge de una relación entre una persona o un conjunto de ellas con otras o con factores externos que hacen que las primeras se sientan o sean más indefensas, más desprotegidas porque tienen menores recursos y capacidades. Esta relación desigual puede llevar a una actitud de desprecio, a una grave lesión física o mental o incluso a procesos de discriminación y de racismo individual y colectivo. Además de considerar la vulnerabilidad como un proceso, el autor considera un resultado de pérdidas y rupturas sucesivas, bien sea del trabajo y de la seguridad social, bien de los lazos familiares.

Otra aportación es la de Beck (1998), en su obra *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, en la que la inestabilidad, la precariedad, puestas de manifiesto, entre otros, en el mercado de trabajo, son las dimensiones negativas de las posibilidades que se ofrecen por un desarrollo inédito de la libertad individual. El riesgo, la incertidumbre, el azar definen así las nuevas vulnerabilidades del hombre postmoderno. Una sociedad fijada en la persecución del lucro y del consumo que crea falsos paraísos y genera endeudamientos masivos. En el proceso de modernización, quedan liberadas cada vez más fuerzas destructivas, y esto en una medida ante la que la inteligencia humana queda perpleja. En la continuidad de estos procesos, más tarde o más temprano comienzan a solaparse las situaciones y conflictos sociales de una sociedad repartidora de riqueza con las de una sociedad repartidora de riesgos. Sin duda los riesgos no son un invento de la Edad Media, por entonces se podría atribuir los riesgos a un infraabastecimiento de tecnología higiénica. Hoy tienen su origen en una sobreproducción industrial. Así pues, los riesgos y peligros de hoy se diferencian esencialmente por la globalidad de su amenaza (seres humanos, animales y plantas) y por sus causas modernas. Son riesgos de la modernización. Son un producto global de la maquinaria del progreso industrial y son agudizados sistemáticamente con su desarrollo ulterior. Con el reparto y el incremento de los riesgos surgen situaciones sociales de peligro, en algunas dimensiones éstas siguen a la desigualdad de las situaciones de



clases y de capas, pero hacen valer una lógica de reparto esencialmente diferente: los riesgos de la modernización afectan más tarde o más temprano también a quienes los producen o se benefician de ellos. El autor nos habla del *efecto boomerang* que hace saltar por los aires el esquema de clases. Al mismo tiempo, los riesgos producen nuevas desigualdades internacionales, por una parte entre el Tercer Mundo y los Estados industrializados, por otra parte entre los mismos Estados industrializados (Beck, 1998). Según Uceda-Maza (2011: 25), *“en la actualidad, los conceptos de sociedad postmoderna, del riesgo, líquida y ambivalente son utilizados profusamente para describir una sociedad que preconiza la libertad, entroniza al individuo y reconoce la pluralidad, pero a su vez ha debilitado los vínculos sociales sin establecer unos nuevos imprescindibles para la fijación y consolidación de la conciencia colectiva”*. Así mismo, Subirats (2005) desde el contexto de una sociedad actual marcada por las pautas socioeconómicas de vinculación de las personas al ámbito laboral y productivo, como las pautas socioculturales de distribución de roles de género y de organización de los tiempos y los espacios de la cotidianidad, afirma que se han alterado en profundidad, afectando sobre la estructura de las desigualdades y el espacio de articulación de la política. Considera tres vectores de impacto predominantes: la complejidad de transición de la sociedad y los múltiples ejes de desigualdad, en segundo lugar la subjetivización de la transición de una sociedad estructurada a una sociedad de riesgos e incertidumbres que deben de afrontarse con individualidad y en tercer lugar, el vector de la exclusión, la transición de una sociedad donde tiende a predominar una nueva lógica de polarización en términos de dentro/fuera, que implica la ruptura de ciertos parámetros básicos de integración social.

El Informe Anual sobre Vulnerabilidad Social (Cruz Roja Española, 2013), obtenido de una muestra formada por los registros de 34.796 personas de las 17 CCAA, ofreciéndonos información sobre el perfil general del riesgo según el estado civil, los tipos de familias y formas de convivencia, teniendo un Indicador Global de Vulnerabilidad (IGV) más elevado entre los solteros, seguido por los divorciados o separados y los que viven en pareja, y el menor nivel del IGV entre los viudos. Con respecto al tipo de convivencia, el mayor IGV se detecta entre las familias

monoparentales (78% mujeres). Los análisis del informe anual ofrecen datos relevantes sobre los siguientes colectivos vulnerables<sup>36</sup>: Afectados de Sida, atención a drogodependientes, inmigrantes, lucha contra la exclusión y la pobreza, mujeres en dificultad social, personas con discapacidad, personas mayores, reclusos y refugiados.

Los datos muestran que, quienes están mayoritariamente en situación vulnerable, son españoles y españolas (65,5%). Según sexo, el IGV es superior en los hombres, excepto en el ámbito familiar que presenta un valor medio superior en las mujeres. La vulnerabilidad afecta , casi por partes iguales, a las personas con edad más activa (43%) y, en particular, a las personas que tienen más de 80 años (28%). El 43% de las personas atendidas sufre problemas sociales. Los cuatro factores que afectan más a las mujeres que a los hombres son la dependencia, enfermedades graves, discapacidad sobrevenida y depresión.

Arricivita (2009: 53), uno de los autores nacionales de nuestro país más reconocidos en estudios de emergencias sociales y autor de diversos libros sobre la materia, nos presenta un subgrupo de personas susceptibles de presentar vulnerabilidades o necesidades específicas de carácter psicológico y/o social, que podrían precisar, entre otros apoyos, recursos específicos: *“bebés, niños, y adolescentes personas mayores, mujeres embarazadas, enfermos crónicos, personas con dificultades motrices, personas ciegas o con déficit visual importante, personas sordas o con déficit auditivo, personas con enfermedades mentales, turistas, personas extranjeras que no hablan español, residentes ilegales, residentes temporales e inmigrantes”*.

Para Castel (1995), en la sociedad postmoderna, la vulnerabilidad y el riesgo de exclusión alcanzan a sectores más amplios de la sociedad, haciendo perder espacio a aquella clase o capa social media y extensa de la sociedad industrial sobre la que se apoyaba la estabilidad y la legitimidad del Estado del Bienestar. En este contexto surge la nueva cuestión social caracterizándose por la inquietud acerca de la capacidad para

---

<sup>36</sup> Para obtener mayor información consultar en: <http://www.sobrevulnerables.es>

mantener la cohesión social, tan necesaria para mantenerse en la zona de integración del proceso de cohesión social que promulga Castel entre la vulnerabilidad y la exclusión.

Las observaciones presentadas tienen por objeto sugerir el tratamiento actual de la vulnerabilidad social mediante las intervenciones sociales. Unas operan en la zona de exclusión, de la marginalidad, o de la desafiliación como Castel denomina para indicar que el problema no es únicamente una cuestión de recursos, ni incluso tampoco de desigualdades, sino el reto es más bien la calidad del vínculo social y el riesgo de su ruptura. Las intervenciones en este espacio social afectan esencialmente a aquellos que ya han pasado del otro lado, a aquellos para quienes la integración por el trabajo se ha roto y cuyos soportes familiares y relacionales son gravemente deficientes. Estas intervenciones tienen un mínimo deber de solidaridad que exige no resignarse a estas situaciones y poner todos los medios para reinsertar a estas poblaciones (Ibidem, 1995).

Como conclusiones que hacen avanzar el concepto de vulnerabilidad y las zonas de cohesión social, nos encontramos en primer lugar su modelo de dos coordenadas que le permite establecer las zonas de vulnerabilidad caracterizadas por la sucesiva pérdida de las relaciones individuales y colectivas. En segundo lugar, estas zonas se convierten en los lugares donde se cruzan opciones de control, represión y protección de las políticas sociales y laborales. En tercer lugar su acento sobre los procesos económicos y sociales en los que se inscriben los itinerarios individuales y colectivos de inserción/integración o de desafiliación/vulnerabilidad. En cuarto lugar, su concepción de la vulnerabilidad como una zona de turbulencias a la que se llega cuando se fragilizan las situaciones y la seguridad (Estivill, 2008).

### **3.1.3 La pobreza**

Según de las Heras (1997: 68), al hablar de “pobre” se hace referencia a *“aquellas personas, familias y grupos cuyos recursos –materiales, culturales y sociales– son tan limitados que les excluyen del mínimo nivel de vida aceptable en los Estados miembros en los que viven”*.

A continuación consideramos de interés exponer un recorrido histórico sobre la pobreza para comprender nuestro presente. Hasta mediados del siglo XVIII, la atención a las personas en situación de pobreza ha revestido diferentes formas. Durante la Edad Media la caridad fue concebida como una forma de salvación. A partir del Renacimiento, la nueva conceptualización de la ética del trabajo implica un nuevo tratamiento de la pobreza, convirtiéndose aquella en problema social. Esta etapa se caracterizó por el encierro de los pobres y enfermos, ilustrando el carácter represivo de las Políticas Sociales, imponiendo medidas correctoras de la pobreza y buscando sistemas de clasificación entre los pobres merecedores de ayuda. El problema de los pobres sanos no era un ámbito de acción pública. Se diferenciaba entre: Pobres de solemnidad, estas eran las personas impedidas para trabajar cuya subsistencia dependía de limosnas. Los hospicios eran donde se les enseñaba los oficios y artes útiles al Estado. Pobres vergonzantes: personas que habían sufrido un proceso descendente y se avergonzaban de pedir limosna. La atención era a domicilio a través de las Diputaciones de parroquia. Y jornaleros desocupados y enfermos convalecientes. Atendidos a través de las Diputaciones caritativas de barrio, previniendo la mendicidad.

En el Siglo de las Luces la pobreza no podía ser tolerada porque suponía un atentado a los valores supremos, centrados en el trabajo y en la contribución de la riqueza nacional.

El capitalismo adoptó una actitud culpabilizadora de la pobreza. La acción del Estado y su Administración social se organizó para reeducar y hacer reutilizable la mano de obra. La extensión del pauperismo<sup>37</sup> como problema social motivó la introducción de políticas intervencionistas en lo social, aunque fue necesario un episodio revolucionario promovido por la clase trabajadora.

La situación de miseria de la clase trabajadora llevó a la aparición de la filantropía y la Beneficencia para paliar las causas de fuerte desigualdad. Las

---

<sup>37</sup> Según la Real Academia de la Lengua (RAE), pauperismo es la situación persistente de pobreza.

consecuencias sociales en términos de desafiliación provocaron un giro en la Política Social.

En la etapa de transición del Estado liberal a un modelo de Estado intervencionista en lo económico y en lo social, destacando el desarrollo de los seguros sociales citados en capítulos anteriores, como contención a la fuerza del movimiento obrero. Castel utiliza el término de “propiedad social” para expresar la seguridad garantizada a los miembros de una sociedad a través de los sistemas de protección social que limita el contingente de población en situación de pobreza y marginación.

En la segunda mitad del siglo XX, los sistemas de protección social comenzaron a dar cobertura al conjunto de los riesgos de los trabajadores y sus familias por lo que el nivel asistencial quedó limitado a aquellas situaciones de pobreza más extremas que escapaban a la protección contributiva. De esta forma la amplitud del Estado del Bienestar en cada escenario se constituye en un factor clave que determina la configuración de la asistencia en la actualidad (Pérez, 2005). *“La expansión del Estado del Bienestar y la crisis del petróleo comenzaron a dinamitar las bases ideológicas que sustentaron las Políticas Sociales, produciéndose la crisis de legitimidad, perdiendo capacidad protectora las Políticas Sociales al tiempo que han ido renovándose las situaciones de pobreza, en forma de exclusión social, poniendo de manifiesto los déficits de ciudadanía social de la infraclassa”* (Raya, 2008: 42-43).

La pobreza actual ha dejado de relacionarse exclusivamente con el desempleo. Ahora está también estrechamente ligada con los fenómenos de explotación exacerbada. No solo son pobres los desempleados, sino también los que tienen trabajo pero con bajísimo nivel de ingresos y en condiciones de desprotección. Cabe decir, que la asistencia social ha estado históricamente ligada a la problemática de la pobreza, pero no pertenece al campo de la beneficencia o de la asistencia social, sino al campo de la economía. La asistencia social opera como instrumento mediador entre la economía y los efectos y resultados del modelo económico en vigencia (Alayón, 2008; Pérez, 2005). Según datos de la Fundación FOESSA en su *Informe de Análisis y Perspectivas sobre Precariedad y Cohesión Social* (2014), en el primer trimestre de 2013 se alcanzó el

nivel máximo histórico de tasa de paro (27,2%) y durante el año siguió el proceso de destrucción de empleo, con una pérdida de cerca de 200.000 puestos de trabajo, según la Encuesta de Población Activa. Las formas más severas de pobreza son las que más han aumentado, acompañadas, además, de un empeoramiento continuo en las condiciones de vida de los hogares. La inseguridad económica de la población española ha alcanzado sus cotas máximas, llevando a nuestro país a los primeros puestos del *ranking* europeo en cualquier clasificación que se haga de indicadores de pobreza. La crisis económica ha golpeado con fuerza a la sociedad española, siendo el aumento de la pobreza y de su cronificación, intensidad y severidad, una de las manifestaciones más crueles no solo del deterioro de la actividad económica y del empleo, sino también de la insuficiencia del compromiso público con los hogares más vulnerables. La relación entre desempleo y pobreza se debe a la existencia de dos mecanismos compensatorios de la falta de ingresos por empleo. En primer lugar, la ausencia de ingresos por empleo puede verse compensada por estrategias familiares que redistribuyen ingresos por trabajo o prestaciones, hacia el conjunto de la familia. En segundo lugar, se encuentra la acción compensatoria de los seguros de protección de desempleo establecidos en cada escenario de bienestar (Pérez, 2005).

Paugam (2007) nos ofrece una tipología de formas de pobreza: pobreza integrada, pobreza marginal y pobreza descalificadora que a continuación haremos un breve resumen. La pobreza integrada: traduce una configuración en la que llamados pobres son muy numerosos. Se diferencian poco de las demás capas de la población. Puesto que los pobres forman un grupo social amplio, no se les estigmatiza tanto. La pobreza marginal: suponen una franja de la población poco numerosa. Estos pobres se consideran con frecuencia inadaptados al mundo moderno y es habitual designarlos casos sociales, lo que conlleva inevitablemente su estigmatización. Es un grupo objeto de gran atención por parte de las instituciones de asistencia social. El análisis del periodo actual, caracterizado por el aumento del paro y la precariedad en el empleo, ha llevado igualmente a verificar este tipo de pobreza. La pobreza descalificadora: aquellos a los que se les denominan pobres son cada vez más numerosos y se los expulsa en su mayoría de la órbita productiva. Precisamente sus dificultades pueden aumentar por esto

mismo, así como su dependencia respecto a los servicios de la asistencia social. Se trata de un proceso que puede afectar a capas de la población hasta entonces perfectamente integradas en el mercado de trabajo. Este proceso atañe a personas que se enfrentan a situaciones de precariedad cada vez más graves tanto en lo referente a ingresos, condiciones de vivienda y salud como a la participación en la vida social. Este fenómeno afecta al conjunto de la sociedad, porque la inseguridad da lugar a la angustia colectiva.

Según Gómez (2010), la pobreza no puede definirse en sí misma como un estado cuantitativo, sino sólo según la reacción social que se produce ante determinada situación. Estas circunstancias se producen, además con una peculiaridad: pobreza y desigualdad se concentran ahora en las ciudades, tienen sesgo urbano. En ello influye que el planeta se haya urbanizado aceleradamente. En 1950 sólo el 30% de la población era urbana; y hoy ya es prácticamente la mitad (y pronto serán dos tercios, hacia 2050). Lo más alarmante es que este desarrollo se está produciendo fundamentalmente en los países pobres, hasta ahora menos urbanizados y que está ocurriendo sin un desarrollo económico correlativo que lo sustente. Asistimos pues a un salvaje proceso de urbanización de los pobres. Según Naciones Unidas casi mil millones de personas viven ya hoy en asentamientos precarios, sin servicios básicos de agua, saneamiento o recogida de basuras; muchas veces sin electricidad, sin pavimentación alguna, en asentamientos de difícil acceso, etc. En tales asentamientos vive un tercio de la población urbana mundial. Además 828 millones de personas viven en condiciones marginales. Esta cifra aumenta a razón de 6 millones de personas al año y alcanzará los 889 millones en 2020 (del Caz, Gigosos y Saravia, 2004; ONU-DAES, 2014).

La pobreza como fenómeno social, hace referencia a las posibilidades de disfrutar de las condiciones normales en una determinada sociedad. Lo que hace imperativa su referencia al Derecho a participar en los elementos básicos del bienestar de la sociedad, que van más allá de la subsistencia, y llega a la educación, la cultura, la vivienda, el trabajo, la salud y la protección social y la convivencia, sea en el plano familiar o social. La pobreza comportará un bajo nivel de oportunidades de bienestar en

una determinada sociedad, pudiéndose diferenciar diversos grados, y entre ellos, un grado por debajo del cual se podrá hablar de pobreza-indigencia. Así mismo, lo que está en juego en la pobreza son los derechos sociales y la posibilidad o imposibilidad, la capacidad o la incapacidad de una serie de personas para poder ejercerlos en una determinada sociedad, y de esta manera acceder a las oportunidades de bienestar que una sociedad considera adecuados. La naturaleza de la pobreza es multidimensional y viene definida por la interrelación de una serie de desventajas o situaciones de precariedad que concurren en los diversos casos de pobreza, y que acaban conformando su propio mundo vital: ingresos bajos, salud deficiente, falta de enseñanza, ausencia de cualificación profesional, vivienda y hábitat, debilidad social, dependencia asistencial, marginación social, etc. (de las Heras, 1997).

Es necesario hablar del umbral de la pobreza para acercarnos a su máxima comprensión. Son pobres “aquellos que tienen unos ingresos netos por una persona inferiores a la mitad de los ingresos medios por persona en un determinado país”. Existiendo dos grados de pobreza (Subirats, 2004; Álvarez, 2008; de las Heras, 1997). La pobreza moderada: se establece entre el umbral de la pobreza y la pobreza severa (entre el 25 y el 50% de los ingresos medios). Cuando faltan ingresos para satisfacer necesidades secundarias (cuando no se puede acceder a recursos de ocio, cultura o educación, por ejemplo). La pobreza severa: se establece en la mitad (50%) del umbral de la pobreza (el 25% de los ingresos medios). Cuando los ingresos no bastan para cubrir las necesidades primarias de la persona (cuando no tienen para comer, vestirse, atender sus necesidades de salud o poder pagar una vivienda digna).

Es de nuestro interés hacer visible el estudio realizado por Subirats (2005) sobre el “Análisis de factores de exclusión social”<sup>38</sup> y su relación con el análisis de la pobreza. El estudio tiene como elemento metodológico la construcción de indicadores que les permita medir la exclusión generada por los distintos factores identificados.

---

<sup>38</sup>Para obtener mayor información consultar en:[http://www.fbbva.es/TLFU/dat/exclusión\\_social.pdf](http://www.fbbva.es/TLFU/dat/exclusión_social.pdf)



Entre los diversos indicadores, el que ocupa interés para la visión de la pobreza es el indicador del ámbito económico y el factor de la pobreza. En el estudio han identificado, dentro del espacio de la renta, tres factores de exclusión: la pobreza y haciendo un análisis referido únicamente a la carencia de recursos económicos, las dificultades financieras del hogar y la dependencia económica de la protección social. Según Subirats, a falta de umbrales oficiales, la mayor parte de estudios realizados en España toma como umbral de referencia el 50% del gasto/renta media/mediana total, aunque últimamente los estudios realizados en el marco de la UE están tomando el 60% con una perspectiva más comprehensiva. El estudio ha tomado como indicadores principales los de pobreza relativa, aunque han ampliado con indicadores que les permiten introducir matices como el porcentaje del gasto que se dedica al consumo de ciertos bienes básicos o la percepción subjetiva de la carencia económica.

Los indicadores identificados son la pobreza relativa según gasto: umbral 60, pobreza relativa según renta (umbral 50, 25, 15), pobreza en el consumo, pobreza subjetiva y pobreza absoluta. Ofrecemos a continuación la construcción de los indicadores del estudio indicado a través de la siguiente tabla 4.

Tabla 4. Construcción de indicadores del factor pobreza.

FACTOR	INDICADOR	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR
Pobreza	Pobreza Relativa	
Según gasto	Umbral 60	-Hogares por debajo del 60% del gasto medio equivalente por hogar, sobre el total de hogares.
Según renta	Umbral 50	- Población por debajo del 50% de la renta disponible neta.
	Umbral 25	- Población por debajo del 25% de la renta disponible neta.
	Umbral 15	- Población con menos de un 15% de la renta disponible neta
	Pobreza en el consumo	Porcentaje del gasto medio por hogar que se destina a alimentación.
	Pobreza subjetiva	Hogares que manifiestan dificultad para llegar a fin de mes, sobre el total de hogares.
	Pobreza absoluta	- Porcentaje de la renta mediana/cesta básica.  - Porcentaje de hogares que no pueden permitirse comer carne o pescado al menos una vez cada dos días, sobre el total de hogares.  - Porcentaje de hogares que no puede comprarse ropa nueva.

Fuente: Adaptado de Subirats, 2005

El fenómeno de la pobreza tiene sus raíces en la desigualdad social (ver anexo 1). Esto es lo que permite que aquellos que se encuentran en peores condiciones para competir acaben en los estratos más bajos de la estructura social; la explotación de los más débiles y la marginación de los menos útiles, así como la justificación ideológica de las posiciones sociales dominantes, son la verdadera explicación causal de la pobreza. La acción frente a la pobreza implicará acciones dirigidas a los mecanismos sociales que producen desigualdad y generan pobreza (de las Heras, 1997; Subirats, 2004, 2007; Paugam, 2007).

En uno de los estudios de Paugam (2007), permitió verificar que el sentido de las experiencias vividas por los pobres que recurrían a los Servicios Sociales estaba relacionada con el tipo de intervención. El autor distinguió diversos tipos de relación de asistencia y diferentes experiencias vividas. Entre los tipos de relación de asistencia, el que corresponde a dependencia y remite al tipo de asistidos, definiéndose por una relación regular y contractual con los Servicios Sociales. Además de este tipo de relación, el estudio permitió comprobar otros dos tipos, uno que se refiere a una intervención puntual que se dirige sobre todo a una población en situación de fragilidad, y otro tipo de asistencia definida por una infraintervención dirigida a una población más marginalizada. Los diferentes tipos de experiencias vividas, son siete en total: fragilidad interiorizada, fragilidad negociada, asistencia diferida, asistencia instalada, asistencia reivindicada, marginalidad conjurada y marginalidad organizada. Los resultados del estudio llevaron a subrayar la pobreza como un proceso de acumulación progresiva de dificultades de los individuos o de las familias. Para dar cuenta de este fenómeno, hacemos mención a la descalificación social<sup>39</sup> con carácter multidimensional, dinámico y evolutivo de la pobreza. La fragilidad puede llevar a la dependencia debido a la precariedad, especialmente cuando ésta se prolonga y supone una disminución de ingresos y un deterioro de condiciones de vida que pueden compensarse en parte con la atención de los Servicios Sociales.

---

<sup>39</sup> *“Como el proceso de expulsión del mercado de trabajo de franjas cada vez más numerosas de la población y las experiencias vividas de la relación de asistencia que acompaña las diferentes fases”* (Paugam, 2007: 66).

Khan (2010) habla de la pobreza y de los Derechos Humanos, respetándolos porque exigen inclusión y exigiendo que quienes están en el poder protejan a quienes viven en la pobreza contra las amenazas a las que se enfrentan. También requiere que reconozcamos que todas las personas tienen derecho a los elementos esenciales para una vida digna: comida, agua, asistencia médica básica, educación y vivienda. Estos Derechos y protecciones –basados en principios universales– proporcionan a las personas que viven en la pobreza una herramienta con la que cambiar el desequilibrio del poder que las mantiene pobres. La pobreza representa la mayor crisis de Derechos Humanos del mundo. Las agencias para el desarrollo han adoptado un EBDH, de modo que los esfuerzos de reducción de la pobreza toman en cuenta los derechos. Amnistía Internacional empezó su trabajo de movimiento de Derechos Humanos en la década de 1960. De cara al futuro, su tarea fundamental será traducir los Derechos universales en una justicia universal.

Según la Fundación FOESSA en su *Informe de Análisis y Perspectivas sobre Exclusión y Desarrollo Social* (2012), en el marco de la iniciativa Europa 2020, se proponen una serie de medidas clave de la Plataforma contra la Pobreza y la Exclusión social que se centra en promover acciones en materia de acceso al mercado de trabajo, protección social y acceso a los Servicios Sociales, educación y políticas de juventud, migraciones e integración de inmigrantes, inclusión social y antidiscriminación, políticas sectoriales, dimensión exterior, evaluación del impacto social, hacer que la financiación de la UE ayude a conseguir los objetivos de inclusión social y cohesión social, adoptar un planteamiento factual con respecto a las innovaciones y reformas sociales, ampliar y mejorar la participación de las partes interesadas, aprovechar el potencial de la economía social, y mejorar la coordinación de políticas entre los Estados miembros.

La fuente que permite un retrato sistemático de la evolución del riesgo de pobreza en España es la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (2013). Esta base de datos nos ofrece información detallada sobre los ingresos medios de los hogares españoles del año 2012. Los resultados de la ECV nos informa del ingreso monetario medio anual neto por hogar que ascendió a 26.775 euros, con una disminución del 3.5 % respecto al año anterior. La tasa de riesgo de pobreza<sup>40</sup> para ambos sexos es de 20,4, siendo para mujeres de 19,9 y en hombres de 20,9. La edad más afectada para ambos sexos supone los menores de 16 años para ambos sexos. El 16,9 % de los hogares manifiesta llegar a final de mes “con mucha dificultad” en 2013. La tasa de riesgo de pobreza para la Comunidad Valenciana es de 23,6, siendo la Comunidad Foral de Navarra la que menos tasa presenta (9,9) y Ceuta la que más tasa presenta (40,8).

Según el antecitado informe de la Fundación FOESSA (2014: 7), *“el profundo deterioro del mercado de trabajo en la crisis y la acusada debilidad del sistema de protección social, junto con los severos recortes de prestaciones y servicios, han dado origen a un aumento sin precedentes de las distintas manifestaciones de la pobreza en España”*.

### **3.1.4 La exclusión social**

El concepto de exclusión social se comenzó a utilizar durante los años setenta en Francia. En aquel momento, la exclusión social quedó asociada sobre todo al concepto de desempleo y a la inestabilidad de los vínculos sociales. A mediados de 1970 se fue generalizando el término en la opinión pública hasta que finalmente fue adoptado en la UE como nuevo eje de la Política Social de la Unión para superar las insuficiencias del concepto de pobreza que, esencialmente, se había venido utilizando hasta el momento (Subirats, 2004).

---

<sup>40</sup> Porcentaje de personas que está por debajo del umbral de pobreza correspondiente a ese año.

Mucho se ha publicado sobre el concepto de exclusión. Entendemos que la utilización del término exclusión participa y contribuye a mostrar su opacidad. Intentaremos describir el término para poder darle fin a la situación o al menos poder detectar y en particular hacer visible lo que esconde el término. *“Bajo el nombre de exclusión se decide la suerte de una cantidad creciente de mujeres, hombres, niños, familias y grupos sociales, en los que respecta a vivienda, empleo, salud física y mental y ejercicio de la ciudadanía. Están en cuestión las condiciones de la existencia subjetiva y objetiva, la supervivencia, el deterioro de millones de seres humanos. La exclusión pone en tela de juicio la organización y el funcionamiento de nuestras sociedades, una situación presente y el tipo de futuro que ésta permite entrever, las condiciones, los medios, el precio de su prosperidad: su legitimidad, en suma. Es imposible tratar la exclusión sin movilizar un vasto conjunto de dimensiones económicas, políticas, institucionales, jurídicas, profesionales, psíquicas... Y son indispensables posicionamientos ideológicos y políticos explícitos”* (Karsz, 2004: 13). Bueno (1997: 86) define la exclusión *“como un proceso, un conjunto de mecanismo de ruptura en el plano simbólico: atributos negativos, estigmas, imagen desvalorizada, y en el plano de las relaciones sociales: rupturas de lazos y vínculos con los grupos primarios y secundarios de pertenencia. La exclusión es la consecuencia de una serie de experiencias y vivencias negativas que llevan al aislamiento y al vacío relacional”*. Parajuá (2010: 131) define la exclusión social *“como una situación de las personas en la que, además de disponer de unos ingresos reducidos, la situación profesional es precaria y queda detectada por unos indicadores de los medios de cada individuo (nivel educativo, propiedad de vivienda o vehículo), sus percepciones (dificultades para llegar a fin de mes, incapacidad de permitirse una semana de vacaciones al año) y su satisfacción (por ejemplo respecto a su trabajo, educación, salud, vivienda y entorno en el que vive)”*. Subirats (2004: 19) define la exclusión social *“como una situación concreta fruto de un proceso dinámico de acumulación, superposición y/o combinación de diversos factores de desventaja o vulnerabilidad social que pueden afectar a personas o grupos, generando una situación de imposibilidad o dificultad intensa de acceder a los mecanismos de desarrollo personal, de inserción sociocomunitaria y a los sistemas preestablecidos de protección social. El uso del término alude a los crecientes*

*procesos de vulnerabilidad, de desconexión social, de pérdida de lazos sociales y familiares que, junto con una combinación variable de causas de desigualdad y marginación, acaban generando situaciones que denominamos de exclusión*". Según el *II Plan para la Inclusión y Prevención de la Exclusión Social de la Comunidad Valenciana* (Generalitat Valenciana, 2011-2013: 31), define la exclusión social *"como un fenómeno multidimensional, estructural y dinámico, que comprende la falta de igualdad de acceso al mercado de trabajo, a la educación, a la salud, al sistema judicial, a los derechos, así como a la adopción de decisiones y a la participación"*.

Si hablamos de exclusión, no podemos dejar de hablar de inclusión. Nos detendremos a definir los conceptos de integración e inclusión social para posteriormente centrarnos en el análisis del proceso de exclusión. Según *el II Plan para la Inclusión y Prevención de la Exclusión Social de la Comunidad Valenciana* (Ibidem, 2011-2013: 31), la integración social *"permite la participación del individuo en las distintas esferas de la vida social y es el principio de la unidad del cuerpo social. Es un concepto contrario al de marginación, pero no se opone al de desigualdad ni a la pobreza, ya que una persona puede ser pobre, estando en situación de desigualdad y estar integrada en su medio"*. La inclusión social implica algo más que el paso de una formulación negativa a una positiva. Requiere voluntariedad y va mucho más allá de la igualdad de oportunidades. Para entender la inclusión es necesaria vincularla al concepto de ciudadanía, pues requiere una participación activa en las grandes esferas del individuo: la económica, la política y las redes sociales. *"La inclusión social puede entenderse como lo opuesto a la exclusión, como un proceso dinámico y multifactorial por el cual los individuos y los grupos sociales acceden a los recursos socialmente valiosos en un determinado contexto histórico"*.

Así pues, la exclusión social implica acumulación de factores que, a su vez, pueden presentarse con intensidades variables. Supone un concepto integral que puede tomar forma en cualquier de los ámbitos vitales básicos de las personas. Según Subirats (2004) tratan de ir concretando y acotando en su estudio "pobreza y exclusión social un análisis de la realidad española y europea" ciertos espacios básicos de la vida de las

personas en los que se pueden desencadenar más fácilmente procesos de exclusión social. A grandes rasgos, éstos se pueden localizar en los siguientes: el ámbito económico, el laboral, el formativo, el socio-sanitario, el residencial y el ámbito de la ciudadanía y la participación. Dentro de cada uno de estos espacios se pueden identificar un conjunto de factores, que pueden darse solos o en combinación con otros. En este proceso de acumulación, combinación y retroalimentación de factores de exclusión es donde puede observarse la relativa flexibilidad y permeabilidad de fronteras entre inclusión, exclusión y vulnerabilidad social (ver figura 2). La comprensión de la exclusión social pasa por considerar la relevancia de tres grandes ejes sobre los que acaban vertebrándose las desigualdades sociales: la edad, el sexo y el origen y/o etnia. Estos ejes de desigualdad se entrecruzan con los factores de exclusión más diversos dando lugar a una multiplicidad de situaciones o combinaciones concretas posibles. En este sentido, mujeres, jóvenes, mayores, inmigrados o personas procedentes de países pobres, con una situación administrativa regularizada -o no- son los sectores sociales más susceptibles a la vulnerabilidad y la exclusión social. Por otra parte, aquellas personas que formando parte de estos grupos sociales se vean afectadas por situaciones de crisis o fracturas familiares, también podrán hallarse excluidas de los parámetros generales de inclusión.

Con la voluntad de ilustrar la perspectiva integral de la exclusión social presentamos la tabla 5 donde se reflejan: los ámbitos, los principales factores de exclusión y los ejes de desigualdad social.



Tabla 5. La exclusión social desde una perspectiva integral.

ÁMBITOS	PRINCIPALES FACTORES DE EXCLUSIÓN	EJES DE DESIGUALDAD SOCIAL		
Económico	Pobreza económica, dificultades financieras, dependencia de prestaciones sociales, sin protección social			
Laboral	Desempleo, subocupación, no calificación laboral o descalificación, imposibilidad, precariedad laboral			
Formativo	No escolarización o sin acceso a la educación obligatoria integrada, analfabetismo o bajo nivel formativo, fracaso escolar, abandono prematuro del sistema educativo, barrera lingüística			
Socio-sanitario	No acceso al sistema y a los recursos socio-sanitarios básicos, adicciones y enfermedades relacionadas, enfermedades infecciosas, trastorno mental, discapacidades u otras enfermedades crónicas que provocan dependencia	Género	Edad	Étnia/lugar de nacimiento
Residencial	Sin vivienda propia, infravivienda, acceso precario a la vivienda, vivienda en malas condiciones, malas condiciones de habitabilidad (hacinamiento...), espacio urbano degradado, con deficiencias o carencias básicas			
Relacional	Deterioro de las redes familiares (conflictos o violencia intrafamiliar), escasez o debilidad de redes familiares (monoparentalidad, soledad...), escasez o debilidad de redes sociales, rechazo o estigmatización social			
Ciudadanía y participación	No acceso a la ciudadanía, acceso restringido a la ciudadanía, privación de derechos por proceso penal, no participación política y social			

Fuente: Subirats, 2004.

Castel (2004) hace mención al SAMU Social como servicio asistencialista en un momento dado, dándole máxima importancia al esfuerzo hacia las causas de la exclusión y la prevención y no solo hacia los efectos de una emergencia social, para evitar al máximo este tipo de situaciones angustiosas para el individuo o sociedad. El autor sugiere que las medidas tomadas en nombre de la exclusión y de la lucha contra ella cumplen oficio de Política Social más general, política cuyas metas son preventivas y no solamente reparadoras. Ocuparse de las consecuencias de estos procesos –o sea, ocuparse de los excluidos- moviliza básicamente respuestas técnicas, pero el dominio del proceso exigiría un tratamiento político, en el sentido de la política global, dicho de otra manera, la exclusión social es un problema social y a su vez un fenómeno politizable, y como tal es franqueable mediante políticas públicas diseñadas para tal fin (Subirats, 2007; Subirats, Alfama y Obradors, 2009; Parajuá, 2010; Sáez et al., 2008).

Las situaciones de exclusión social son el resultado de una cadena de acontecimientos reforzados o impulsados por las desigualdades y determinaciones estructurales del sistema económico y social. Subirats (2005) nos ofrece los componentes clave que confluyen en el concepto de exclusión social como fenómeno estructural, relacional, dinámico, multifactorial y multidimensional y politizable. Estructural: La exclusión social puede inscribirse en la trayectoria histórica de las desigualdades sociales, en forma de necesidades colectivas intensas, desde el inicio de los procesos de industrialización y urbanización masiva, durante los siglos XIX y XX. La exclusión implica fracturas en el tejido social, la ruptura de ciertas coordenadas básicas de integración. Relacional: La exclusión debe articularse con su naturaleza relativa y enmarcada en una red de agentes que adoptan decisiones de las que pueden derivar procesos de exclusión. El alcance y los perfiles sociológicos de la exclusión tendrán que ver con putas de actitud y decisiones en torno a, por ejemplo, no acompañar una soledad. Dinámica: La exclusión es mucho más un proceso que una situación estable. Afecta de forma cambiante a personas y colectivos, a partir de las modificaciones que pueda sufrir la función de vulnerabilidad de éstos a dinámicas de marginación. La distribución de riesgos sociales se vuelve mucho más compleja y generalizada. El riesgo de ruptura familiar, el riesgo de descualificación..., todo ello puede trasladar hacia zonas de vulnerabilidad a la exclusión a personas y colectivos variables, en momentos muy diversos de su ciclo vital. Multifactorial y multidimensional: La exclusión social no se explica con arreglo a una sola causa, ni tampoco sus desventajas vienen solas. Se presenta como un fenómeno poliédrico, formado por la articulación de un cúmulo de circunstancias desfavorables, a menudo fuertemente relacionadas. Existen estadísticas que nos muestran las correlaciones entre, por ejemplo, fracaso escolar, precariedad laboral, desprotección social, monoparentalidad y género. Politizable: La exclusión es susceptible de ser abordada desde los valores, desde la acción colectiva, desde la práctica institucional y desde las políticas públicas.

Así mismo, las distintas y múltiples fracturas sociales que se están produciendo desde los últimos decenios en nuestra sociedad, obligan a trascender el concepto de

pobreza con el fin de abarcar una amplia gama de situaciones de desigualdad que no siempre, ni exclusivamente tienen relación con la renta (Subirats, 2007). Según Castel, Touraine, Bunge, Ianni, y Giddens (2001) en una de sus conferencias sobre desigualdad y globalización, nos decía que para que exista el problema de la desigualdad, es necesario que haya individuos o grupos que ocupen posiciones comparables entre ellos. No obstante, Subirats utiliza el término de exclusión social como más adecuado para designar y analizar las múltiples desventajas en las que puede incurrir una persona a lo largo de su vida ya que remite a un escenario en el que se ponen en juego muchos de los ámbitos de la vida: económico, laboral, relacional, socio-sanitario, residencial, formativo y de ciudadanía. La exclusión social, en la medida en que se inscribe en la trayectoria histórica de las desigualdades sociales, es un fenómeno de carácter estructural, inherente a la lógica misma de un sistema económico y social que la genera y alimenta casi irremediamente. El concepto se refiere a un proceso de creciente vulnerabilidad que afecta a sectores cada vez más amplios de la sociedad, y que se materializa en una precariedad creciente a nivel laboral, residencial, económico, etc. Además la exclusión supone un proceso dinámico y que no se puede explicar con arreglo a una única causa o factor, sino que se define por una acumulación de factores o déficits que se interrelacionan y retroalimentan entre sí. Además, Subirats et al. (2009) nos ofrecen la perspectiva de la acumulación de obstáculos, precariedades y exclusiones que tienden a afectar a ciertos segmentos de población situados en las posiciones menos ventajosas de la estructura social: los más pobres, las mujeres, los jóvenes, los ancianos, los enfermos, los discapacitados, los inmigrantes, las minorías étnicas, etc. El deterioro de las condiciones de vida de dichos colectivos conlleva una gran dificultad para que puedan actuar y se consideren a sí mismos como una parte activa de su comunidad y de la sociedad en general. Existen unos factores y mecanismos generadores de exclusión que han sido analizados como determinantes clave de la magnitud y estructura de la exclusión en España (Subirats, 2005): La fragmentación tridimensional de la sociedad. La transición hacia una estructura social mucho más compleja y fragmentada, caracterizada por tres planos: a) la diversificación étnica derivada de las emigraciones de los países empobrecidos, generadora de un escenario de precarización múltiple de un buen número de colectivos inmigrantes; b) la alteración de la pirámide de edades, con

incremento de las tasas de dependencia demográfica, a menudo ligadas a estados de dependencia física; c) la pluralidad de formas de convivencia familiar con incremento de la monoparentalidad propiciando nuevas dinámicas de riesgo social en amplios colectivos de mujeres mayoritariamente. El impacto sobre el empleo de la economía postindustrial. Los impactos son múltiples y en muchas direcciones. No se puede obviar que todo cambio económico, inscrito en la lógica del capitalismo, genera perdedores históricos. En este caso, perdedores empujados hacia procesos de exclusión, plasmados en nuevas realidades conectadas a la esfera laboral: desempleo juvenil, estructural y adulto de larga duración; trabajos de baja calidad sin vertiente formativa; y empleos de salario muy bajo y sin cobertura por convenio colectivo. El déficit de inclusividad del Estado del Bienestar. Lo hace en un mínimo de dos planos. Se ha ido consolidando, por una parte fracturas de ciudadanía de las principales políticas de bienestar: por ejemplo, la exclusión de la Seguridad Social de grupos con insuficiente vinculación al mecanismo contributivo. La fragmentación de la sociedad, el impacto sobre la esfera laboral de la economía postindustrial y los déficits de inclusividad de las políticas clásicas de bienestar no operan de forma aislada entre sí. Sectores de población dependiente, de edad avanzada, quedan con facilidad excluidos de unos Servicios Sociales con tasas muy bajas de cobertura.

La tabla 6 pretende mostrar de forma gráfica y esquematizada los factores macrosociales generadores de exclusión social.

Tabla 6. Exclusión social: factores, grupos sociales y políticas.

FACTORES DE EXCLUSIÓN	COLECTIVOS EXCLUIDOS	POLÍTICAS FRENTE A LA EXCLUSIÓN
Economía postindustrial e impacto sobre el empleo	Jóvenes con dificultades intensas de inserción laboral, adultos desempleados de larga duración	Políticas contra el paro juvenil y el desempleo de larga duración
Inmigraciones del Sur hacia UE, nuevos modelos familiares, nueva estructura demográfica	Colectivos de inmigrantes, mujeres-madres solas, gente mayor dependiente	Políticas de rentas mínimas, políticas de Servicios Sociales
Sistemas de protección social contributivos, Sistemas Beveridge de protección social con coberturas no universales, Servicios Sociales insuficientes	Sectores fuera del bloque de transferencias/servicios del Estado del Bienestar	
Funcionamiento excluyente de mercados de vivienda con acción pública débil	Sectores sin acceso a la vivienda, colectivos especialmente segregados	Políticas de vivienda social, políticas de regeneración urbana

Fuente: Subirats, 2005.

Existen numerosas maneras de ser-estar incluido o excluido (imagen de dualidad social), pero existen poblaciones en estado de fragilidad o de precariedad, que tiene una fuerte probabilidad de conocerla, o que conocen efectivamente un proceso susceptible de excluirlos de la vida colectiva, profesional y relacional o de marginalizarlos de dichos procesos. Son integrados los individuos y los grupos inscritos dentro de las redes productoras de la riqueza y del reconocimiento social. Siguiendo este criterio podríamos decir que serían excluidos aquellos que no participan de ninguna manera en estos intercambios reglados. Existe entre estos dos tipos de situaciones una gama de posiciones intermedias que podemos caracterizar como la perspectiva de la marginalidad que estigmatiza los estratos de la población más vulnerables que no pueden encontrar una plaza reconocida dentro de este tipo de organización social. La estructura social postindustrial contiene una fuerte dualización social. Este fenómeno muestra el conflicto entre quienes tienen oportunidades sociales frente a quienes su vida se ha convertido en una lucha diaria por la supervivencia; entre quienes tienen trabajo asegurado y las protecciones asociadas al mismo y quienes deben aceptar la flexibilidad o el desempleo como forma de vida (Bueno, 1997, 2000; Uceda-Maza, 2011; Subirats, 2003).

Quisiéramos mencionar dos enfoques según Karsz (2004): el de Paugam y su noción de descalificación (visto en el apartado de pobreza) y lo que Castel articula en torno a la idea de desafiliación. Los dos enfoques consideran la exclusión como un proceso y tres fases: la de entrada, la de instalación y después la fase de deriva, de lo que quedó al margen de lo social. En Paugam es una estrategia de etiquetado de los individuos por parte de las instituciones, de categorización; en Castel, de las etapas de un proceso histórico y del tratamiento de la cuestión social<sup>41</sup> por el Estado.

Podemos decir que la sociedad industrial impulsó el tratamiento de la cuestión social a través de las Políticas Sociales como la salud, escolarización, subsidios. En la sociedad postmoderna, la vulnerabilidad y el riesgo de exclusión alcanzan a sectores más amplios de la sociedad, haciendo perder espacio a aquella clase o capa social media y extensa de la sociedad industrial. En este contexto surge la nueva cuestión social.

Castel sugiere la utilización de desafiliación como proceso mediante el cual un individuo se encuentra disociado de las redes sociales y societales que permiten su protección de los imponderables de la vida. Al establecer la desafiliación un recorrido diverso y accidentado de vulnerabilidades, resulta importante cartografiar sus rupturas y continuidades (Arteaga, 2008).

La visión de Raya (2008) respecto a la exclusión y su intervención social, supone un alto en el camino para determinar que a pesar de la elaboración de los planes nacionales de lucha contra la exclusión social y de ser un objetivo prioritario de la UE, como se ha manifestado sucesivamente en las Cumbres de Lisboa, Niza, Barcelona y Copenhage, apenas se ha avanzado en la construcción consensada de una herramienta

---

<sup>41</sup> La “cuestión social” es una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone de nuevo en cuestión la capacidad de una sociedad para existir como un conjunto vinculado por relaciones de interdependencia. Esta cuestión se bautizó por primera vez explícitamente como tal en la década de 1830 a partir de la toma de conciencia de las condiciones de vida de la revolución industrial (Castel, 1997).

que permita determinar de qué hablamos cuando nos referimos a personas en situación de exclusión: qué colectivos comprende; qué grados existen. La carencia de marcos conceptuales conlleva a debilidades en el ámbito de la intervención. Si la exclusión se entiende de forma genérica como la dificultad para la participación en términos de igualdad, la carencia o dificultad en el acceso a los recursos (económicos y/o laborales), que pone en evidencia un déficit de ciudadanía, la intervención consistirá en promover procesos inversos, que posibiliten la inclusión social. Podemos definir la incorporación social *“como el lugar opuesto a la exclusión; pero a diferencia de otros conceptos afines, como integración, el concepto de incorporación alude en mayor medida al carácter procesual y no estático. La incorporación se construye y reconstruye, se recorre en un camino no lineal, con avances y retrocesos”* (Ibídem 2008: 53). Trabajar los procesos de incorporación con colectivos desfavorecidos, con personas en situación o riesgo de exclusión, supone poner en juego el conjunto de métodos y técnicas propias del Trabajo Social, como es el acompañamiento, entendiéndolo como metodología de intervención social con personas en situación o riesgo de exclusión. El objeto del Trabajo Social y el papel del trabajador social lo entendemos como agente de cambio, como facilitador de procesos, como concienciador de desigualdades y como mediador social. Las funciones de la profesión de Trabajo Social han sido re-definidas por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) y por la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS) en sus reuniones de 2002, en los siguientes términos: *“La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, la solución de los problemas de relaciones sociales, la toma de poder y la liberación de las personas para mejorar las condiciones de bienestar social”*. Ambas entidades concuerdan que el Trabajo Social debe intervenir en aquellos puntos donde las personas interactúan y se relacionan con su medio y realidad social. Por ello, los principios de los Derechos Humanos y de justicia social son fundamentales en el ejercicio del Trabajo Social. Según Gómez (2010), esta visión del Trabajo Social permitiría desarrollar una organización social sustentable, en la medida que los valores ético-sociales de una comunidad sensible y pro-activa buscan la satisfacción de las necesidades básicas de todos sus miembros. En suma, las políticas de asistencia social pueden cumplir básicamente dos funciones: de cobertura inmediata y también de prevención. Son

asistenciales precisamente en relación a la problemática que debe ser reparada inmediatamente: satisfacer necesidades de alimentación, abrigo, salud, alojamiento, acompañamiento; y son, a la vez, preventivas del deterioro a que lleva el sufrimiento y que deviene en otras problemáticas sociales difíciles de reparar, como el abandono de hogar, la mendicación, la drogadicción, la delincuencia, etc. Así mismo, si la opción fuera ejercicio pleno de derechos versus asistencia, no cabe la menor duda que el posicionamiento debiera ser en la línea de los Derechos. Pero si la opción es asistencia versus no asistencia, también parece como adecuada la alternativa de la defensa de la asistencia (Alayón, 2008). A las consideraciones que llevan a Pérez (2007) sobre los programas de activación (formación, orientación) y prestaciones asistenciales (RMI, pensiones no contributivas) en España, con el término de “última red” de protección de mínimos ante situaciones de necesidad y como estrategia eficaz para combatir la exclusión social, la autora nos habla de la existencia de limitaciones en los perceptores de asistencia social no contributiva de problemas de índole social, familiar, física o psicológica. Frente a las limitaciones de los programas de RMI y la exclusión social requiere de Políticas Sociales de mayor alcance, siendo indispensable una sinergia de intervenciones que implique diversos ámbitos de actuación más allá del ámbito de los Servicios Sociales y que tienen que ver con la protección del mercado laboral, políticas de vivienda, sanidad y educación.

A continuación describiremos situaciones y colectivos sociales más afectados por los procesos de vulnerabilidad y exclusión a través de la aportación de diversos autores, con el objetivo último de hacer visible la necesidad de prevención en primer lugar y la intervención integral biopsicosocial y socio-sanitaria en segundo lugar.

1. Envejecimiento. Las transformaciones demográficas están teniendo un impacto muy importante sobre los perfiles más afectados por la problemática residencial y social. El envejecimiento de la población es uno de estos procesos, y en este sentido, la presencia masiva de personas de avanzada edad en las comunidades vecinales hace que los problemas de accesibilidad y de adaptación de las viviendas pasen a ser claves. El envejecimiento transforma la estructura de los hogares, haciendo que aumente el



número de personas que viven solas, y el volumen de hogares constituido exclusivamente por personas mayores. La probabilidad de padecer problemas de movilidad aumenta. El proceso de envejecimiento viene acompañado de un aumento de las situaciones de precariedad económica y de dependencia, incompatible con los costes económicos que conlleva la nueva estructura de necesidades sociales. En todo este proceso, la red vecinal de la misma comunidad y del barrio tiene un papel si cabe más trascendente que en otras circunstancias y situaciones (Cortés, Antón, Martínez y Navarrete, 2008). El vecindario conviene que sepa que al establecer relaciones con los vecinos mayores, estos conservan su autonomía e independencia. Para un mayor que vive solo, sin familiares próximos, el hecho de saber que hay alguien al que se puede acudir y que puede echarle una mano cuando lo necesita, le da tranquilidad y sosiego. La tendencia a buscar el apoyo de otras personas, particularmente en ciertas situaciones, ha caracterizado al ser humano durante toda su vida. Así, en momentos de temor o incertidumbre, cuando existen carencias físicas, de salud o materiales, la red social ha sido siempre la estructura que ha dispensado seguridad y estabilidad. El ser humano es un ser social por naturaleza, necesita de los demás para vivir. En general, la comunicación y la participación son elementos fundamentales en la integración social de todas las personas. Existen personas mayores vulnerables al aislamiento social que suponen un grupo reducido que no pide ayuda y pueden pasarnos desapercibidos. Presentan una o varias de las siguientes características: no mantienen contacto con las personas de su entorno (aislamiento comunicacional y relacional); salen a la calle pero no se relacionan; presentan alguna negligencia de cuidados (sanitarios, de la higiene personal y/o ambiental, de forma constante); rechazan las ayudas familiares y sociales. Ante esta situación, es de vital importancia alertar a los Servicios Sociales y evitar así que el mayor caiga definitivamente en la exclusión social (Serrano, Tena-Dávila, Pereyra, Molina y Collado, 2007; Serrano, 2013). Según Sáez et al. (2008), la edad no es un determinante exclusivo de la vulnerabilidad de las personas. Otras variables o factores como la salud, la situación económica de la familia, la manera en que ésta se implica en el bienestar de los mayores, el lugar donde se habita, la cultura y las creencias sobre la relación que se mantienen entre las diferentes generaciones que la componen. Los años pueden ser vividos subjetivamente y van vinculados a otros

conceptos como bienestar, calidad de vida, armonía existencia, etc. La sociedad debe tomar conciencia de la necesidad de elaborar una estrategia ante el cambio demográfico del mismo modo que está elaborando una ante las consecuencias del cambio climático o de los problemas energéticos. Existe la tendencia de dar al envejecimiento el tratamiento de un problema médico cuando es, en realidad, un fenómeno social (Rodríguez y Jiménez, 2011).

2. Inmigración. La inmigración o, más propiamente dicho, el hecho migratorio, añade un plus de vulnerabilidad que incide directamente en las condiciones para la exclusión de los inmigrantes. De entre los factores relevantes en el proceso que les lleva a la exclusión, se encuentran: la legislación de extranjería; la ausencia de redes familiares y sociales; dificultades en la búsqueda de empleo; dificultades idiomáticas y culturales; y déficits en las políticas de integración de inmigrantes. La “irregularidad administrativa” y la indocumentación influyen directamente en la capacidad de cubrir necesidades y servicios básicos como el empadronamiento, la asistencia sanitaria, el acceso a un empleo o la escolarización y/o acceso a la formación (Manzano, 2008).

3. PSH. La situación en que se encuentran las PSH es una de las formas más extremas de exclusión social y de pobreza (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Santuny, 2004; Fundación FOESSA, 2008). A continuación detallamos diferentes conceptos de PSH según diversos autores. Según Manzano (2008: 50) la PSH es *“la persona en una situación prolongada de calle, con carencias sociales, afectivas y económicas”*, teniendo en cuenta aspectos que van más allá de la carencia de vivienda, ya que esta definición incluye aspectos esenciales en el desarrollo personal y social de las personas como son las carencias de índole social (redes y vínculos familiares) y económica (empleo, necesidades básicas para la subsistencia: comida, vestido, etc.). Todos estos aspectos definen su situación de exclusión social: factores estructurales, relacionales, personales y culturales. Barrenechea (2010: 58) define a las PSH como *“personas que viven en la calle o en el albergue durante un tiempo de al menos varios meses y que no tienen relaciones familiares o estas son muy esporádicas y/o están muy deterioradas”*. Establece como PSH crónica *“la que lleva al menos un año continuado*

*en calle o en albergue o la que ha tenido al menos cuatro episodios de estancia en calle en los últimos tres años*". Otros autores utilizan el término de "sinhogarismo" "*no solo como la ausencia de vivienda digna, sino referido a elementos relacionales, emocionales, familiares o de salud en general, todos ellos asociados íntimamente a la ausencia principal de vínculos y redes de apoyo comunitario y social*" (Gutiérrez, 2011: 59). La situación de las PSH es una problemática que no ha contado con un papel relevante en el conjunto de las políticas sociales, pero cada vez suscita mayor interés tanto en el ámbito europeo como en el estatal. En España, en el año 2009, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través de la Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia, decidió abordar la problemática de la exclusión social extrema, para lo cual propuso la creación de un grupo de trabajo con la finalidad de continuar con la cooperación técnica inter administrativa para tratar en el ámbito estatal, el fenómeno del "sinhogarismo" y las actuaciones de atención social a las PSH como grupo vulnerable. La política integral de erradicación del "sinhogarismo" que requiere abordar sus causas estructurales y un enfoque decididamente preventivo, garantizando el acceso a los Derechos Sociales básicos de todos los ciudadanos y muy especialmente a quienes se encuentran en situación de riesgo o vulnerabilidad, mediante protección social suficiente, protección de la salud y prestaciones sanitarias adecuadas, educación de calidad, participación ciudadana y vivienda digna y adecuada (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Según García-Roca (2010), una mirada a la realidad de las PSH nos pone de relieve la relación clave que juegan los activos de vivienda y de relaciones sociales en las dinámicas de exclusión social extrema que sufren: cuando se incumple el Derecho a la vivienda, la calle se convierte en orillamiento; cuando el hogar se rompe, la calle se convierte en domicilio y se vive el grado máximo de desafiliación y soledad. Así mismo, la calle es un resultado de las estructuras sociales, de cada una de las circunstancias vitales, un producto de las contradicciones de cada momento histórico. A las PSH se les niegan los Derechos Sociales, están desarraigados de las redes que dan libertad y seguridad. La situación de las PSH son los sismógrafos de las desigualdades estructurales (política habitacional, política laboral, Política Social, política fiscal, política sanitaria, política de inmigración...), de las rupturas de las redes sociales (orfandad, ruptura familiar,

maltratos, viudedad, pérdida de amigos...) y del desgarró de la subjetividad (alcoholismo, drogadicción, enfermedad mental, ludopatía...).

Hablar de trabajo de calle con PSH es hablar de un escenario nuevo para la intervención social desde la perspectiva comunitaria que se entronca en los llamados “procesos de acompañamiento social”, desde un espacio que sale al encuentro de aquellas personas, invisibles, que no están accediendo a los dispositivos de protección social. El trabajo de calle debe perseguir el acceso y la garantía del ejercicio de los Derechos Humanos de las PSH, y así favorecer el desarrollo de sus potencialidades (Illán, 2010).

En verano de 2004 se puso en marcha el recurso del SAMUR Social por parte del Ayuntamiento de Madrid, recurso de doble función: atención a las emergencias sociales y atención a las PSH con rutas de calle preestablecidas (Caballo, 2010). Todo ello supone un avance en la visibilidad de necesidades sociales del colectivo de máxima exclusión: las PSH.

4. Exclusión residencial. La exclusión residencial es un fenómeno complejo que se manifiesta a través de una serie de problemáticas relacionadas con las condiciones de alojamiento de las personas y hogares que las padecen. En todos los casos, implican una situación de deterioro y/o dificultad que impide la satisfacción adecuada de las necesidades residenciales que todas las personas y hogares deben tratar de cubrir en una sociedad como la nuestra. *“Los efectos que provocan son muy importantes, y en muchos casos, se convierten en factores desencadenantes de otras situaciones de vulnerabilidad social que si no se corrigen a tiempo pueden producir alteraciones significativas en las condiciones de vida de las personas y hogares afectados que pueden conducir a procesos más extremos de exclusión social. Las principales problemáticas son los problemas de accesibilidad a la vivienda y los que suponen la existencia de condiciones de alojamiento muy inadecuadas y por debajo de los estándares de calidad mínimos”* (Cortés et al., 2008: 28). La vivienda siempre es un factor fundamental en el proceso de integración social, pero también puede ser lo contrario, un factor de descomposición y desarticulación social. El derecho a una vivienda digna está ligado a otros derechos

fundamentales como el derecho al medioambiente saludable, derecho a la salud, a la educación... y que tiene una influencia directa en las relaciones sociales y en la convivencia de los individuos. Otra puntualización necesaria recae sobre el adjetivo digna. La superficie, localización y servicios mínimos exigidos no son los mismos para todas las etapas vitales e incluso para todas las personas. Es importante definir unos mínimos por debajo de los cuales nos encontramos con el problema de la infravivienda o vivienda no apta para la habitabilidad (Muñoz, 2008).

5. Violencia y maltrato. Maltratar, según la RAE, es “*dar un mal trato, dañar o estropear con palabras o con los hechos*”. El maltrato, por tanto, puede ser físico o psicológico, y este supondría la anulación de los valores racionales y humanos que deben caracterizar a todo individuo que se halle en su sano juicio. Según la RAE, violencia significa la “*acción y efecto de violentar o violentarse*” si bien no se especifica si este acto es algo físico o psicológico, actualmente se considera que el efecto que puede tener cualquiera de las dos, es muy importante en el nivel del individuo, porque puede llevar a enfermedades somáticas, psicológicas como la depresión, o incluso afectar a la autoestima de la víctima. La violencia de género incluye todos los maltratos físicos, psicológicos y económicos, las agresiones sexuales, los abusos sexuales a niñas con finalidades de explotación sexual, prostitución y comercio sexual, la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres o cualquier otra situación o conducta que lesionara o fuera susceptible de lesionar la dignidad o integridad de la mujer (Moreno y Romero, 2009). La *American College of Emergency Psysicians* (ACEP) define la violencia doméstica como “*parte de un patrón de comportamiento de coacción utilizado para establecer y mantener el poder y control sobre la persona con la que mantiene una relación íntima o conyugal. Estos comportamientos incluirían amenazas o maltrato físico o sexual, abuso psicológico, aislamiento social, privación o intimidación*” (Salvador, Rivas y Sánchez, 2008: 343). No debemos de olvidar que existen otros malos tratos además de los nombrados (infantiles, a personas mayores, etc.). Generalmente son detectados por profesionales de la salud y de los Servicios Sociales.

El VI y VII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España (Fundación FOESSA, 2008, 2014) además de los colectivos anteriormente citados, presenta otros que pueden tener una especial relevancia como muestra de la heterogeneidad que tratamos de ilustrar: las personas en contacto con el sistema penitenciario, los hogares monoparentales, la discapacidad, las personas con enfermedad mental, la asociación entre el consumo de drogas y la exclusión social en los jóvenes y la comunidad gitana.

Partiendo de la heterogeneidad de las situaciones de exclusión, es necesario construir un sistema de indicadores referidos a situaciones de dificultad, cuya acumulación y vivencia por parte de algunas personas nos lleve a considerarlas como excluidas. Según el VI Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España (Fundación FOESSA, 2008), son indicadores: la falta de ingresos económicos, la privación en el acceso a bienes o servicios, los graves problemas de salud, el no acceso al empleo, la ausencia o el conflicto en el ámbito de los lazos y relaciones sociales y personales, y la falta de acceso a los sistemas de protección social (sanidad, educación, vivienda y garantía de ingresos). El sistema de indicadores se ha basado en una concepción de la exclusión social multidimensional y procesual, sustentada en tres grandes ejes: el eje económico (la producción y la distribución), el eje político (la ciudadanía política y la ciudadanía social) y el eje relacional (la ausencia de lazos sociales y las relaciones sociales perversas). Se representa gráficamente en la tabla 7, adaptada del Informe FOESSA (Ibídem, 2008).

Tabla 7. Los tres ejes de la exclusión social.

EJES	DIMENSIONES	ASPECTOS
Económico	- Participación en la población. - Participación en el consumo.	- Exclusión de la relación salarial normalizada. - Pobreza económica, privación.
Político	- Ciudadanía política. - Ciudadanía social.	- Acceso efectivo a los derechos políticos, Abstencionismo y pasividad política - Acceso limitado a los sistemas de protección social: sanidad, vivienda y educación.
Social	- Ausencia de lazos sociales. - Relaciones sociales perversas.	- Aislamiento social, falta de apoyos sociales. - Integración en redes sociales desviadas, conflictividad social (conductas anómicas) y familiar (violencia doméstica).

Fuente: Adaptado de Ibídem, 2008.

Los indicadores son problemas o situaciones carenciales, de exclusión de distintos ámbitos de interrelación social, que implican una exclusión de carácter extremo, que afecta, por tanto, a una proporción pequeña de hogares (Ibídem, 2008).

En el eje económico de la exclusión, se han buscado indicadores que identifiquen situaciones claras de exclusión social: desempleo, empleo precario, empleo irregular, mendicidad, pobreza extrema (por debajo del 30% de renta familiar disponible equivalente), privación de bienes básicos (agua corriente, agua caliente, electricidad, evacuación de aguas residuales baño completo, cocina, lavadora y frigorífico).

En el eje político de la exclusión, la construcción de la ciudadanía está asociada a su concreción en términos de ciudadanía (derechos civiles, políticos, sociales, derechos de participación política y Derechos Sociales).

En el eje social-relacional, se encuentran las situaciones de ausencia de redes sociales (vecindario, familia, del grupo étnico, lúdico o religioso, etc.), lo que implica el aislamiento social como forma de exclusión, situaciones de conflicto familiar en las que alguna de las personas ha recibido malos tratos físicos o psíquicos, conductas sociales de dependencia de las drogas, del alcohol o del juego, así como maternidad precoz de las adolescentes sin pareja, y conductas delictivas.

La exclusión severa afecta a 5 millones de personas en España, incrementándose un 82,6%. Desde la perspectiva de las políticas sociales, una sociedad más fragmentada supone un contexto de mayor dificultad para la intervención social, en el que los itinerarios de incorporación son mucho más improbables, más complicados y más costosos. La tasa de exclusión social entre los trabajadores ha ascendido hasta el 15,1% y hasta los empleos de exclusión de la economía sumergida, que no están creciendo, son cada vez una alternativa más inaccesible para un volumen creciente de personas excluidas. El aumento de la exclusión social conlleva un aumento de los problemas de salud física y mental. Prácticamente en uno de cada cinco hogares excluidos hay depresión o problemas de salud mental, mientras que en los hogares plenamente integrados, la incidencia es del 6%.

### **3.1.5 Los efectos sociales de la crisis**

En 2008 se llega al punto álgido de la crisis económica. La crisis que se desencadena viene derivada del debacle de los mercados financieros, pero aparecen daños colaterales: conflictos, fracturas y deterioros sociales. Según el Barómetro Social de España<sup>42</sup> (Colectivo IOÉ, 2011) la crisis de los últimos años presenta efectos paradójicos desde el punto de vista social: por un lado, ha provocado una fuerte destrucción de empleo, con sus efectos colaterales de pobreza y pesimismo político y económico; por otro, el decrecimiento forzoso derivado de la recesión ha puesto freno al deterioro de algunos indicadores ambientales.

A raíz de la crisis se han destruido dos millones de empleos y la tasa de paro ha llegado del 20,3% en 2010 al 23,67% en 2014 según el INE. Los índices de desigualdad y de pobreza registran resultados negativos tanto en la etapa de crecimiento económico, hasta 2007, como en la actual coyuntura de crisis. En cuanto a la fiscalidad, la recaudación bajó bruscamente un 18,3% en relación al PIB en el bienio 2008-2009 a

---

<sup>42</sup> El Barómetro Social de España, realizado por el colectivo IOÉ con el apoyo de CIP-Ecosocial, es una herramienta de análisis de la sociedad española a partir de 189 indicadores que se agrupan en 35 dimensiones y 11 ámbitos de la vida social.



consecuencia de la recesión, a la vez que se incrementaba el gasto público en un 18,9%, sobre todo en políticas sociales para abordar los efectos de la crisis. Como resultado aparece un déficit fiscal del Estado del 11,2% en 2009 y un incremento sustancial de la deuda soberana que el Gobierno trata de resolver por vía de reducir el gasto público (salarios, pensiones, inversiones...). Dado que el nivel de vida de la mayoría de los hogares depende de los ingresos salariales y de las prestaciones públicas asociadas a ellos (desempleo y pensiones principalmente), resulta muy negativo desde el punto de vista social. Como consecuencia, la sociedad española presenta un reparto de riqueza cada vez más desigual, lo que se ha acrecentado en la etapa de crisis.

La crisis económica afecta a las personas y a las sociedades de diferente manera en función de su situación de partida.

Los Servicios Sociales también han sido afectados por la crisis. En las ONGs se observa que está cambiando el perfil del usuario, se incorporan personas que antes no habían solicitado ayuda a los Servicios Sociales, personas que han perdido el trabajo, que no tienen prestación por desempleo y que no puede pagar la hipoteca de su vivienda, disminución de la población inmigrante que solicita ayuda pero aumentando en la misma proporción la española y aumento de peticiones de alimentos, alojamiento y medicinas. En los Servicios Sociales públicos de la Comunidad Valenciana se observa que: *“los recursos no solamente son insuficientes, sino que están encorsetados y la cartera de servicios no cubre las nuevas necesidades, son cada vez más lentos y no sirven para situaciones de emergencia, están poco coordinados con otros departamentos, están fragmentado, muchas vías para pocos recursos y como consecuencia, aumenta la ansiedad y el estrés tanto en usuarios como en los trabajadores”* (Moreno, 2012: 80).

A continuación ofrecemos la particular visión de la crisis a través de grupo de trabajadores sociales de diversos lugares de España, vinculados a la atención directa en Administraciones Públicas y en ONGs. Expresan como perciben la crisis en sus respectivos servicios, los nuevos perfiles de usuarios, sus expectativas y demandas, la forma como la crisis está afectando a los propios servicios y al Trabajo Social. En

relación a como se siente la crisis desde la atención directa; *“existe mayor demanda de prestaciones económicas para necesidades básicas, la sobrecarga de las personas mayores que están actuando e muchas familias de salvavidas, aumento de población en riesgo social, se están produciendo reagrupaciones familiares (hijos que tienen que volver a casa de sus padres), la población inmigrante es preocupante porque están muy endeudados, situaciones de crisis personal y familiar por la negativa situación económica y laboral, aumentan las demandas de orientación y apoyo para el empleo, en relación al “sinhogarismo”, la crisis les afecta en la dificultad para salir de la situación más que encontrar nuevos casos, ya que actualmente aun la familia y la protección social existente, previene a las personas a no sufrir en poco tiempo una situación de calle, no obstante, es posible que en los próximos años el apoyo familiar empiece a agotarse y puede incrementarse el número de PSH”*. En relación a los nuevos perfiles de usuarios; *“la crisis ha provocado una simbiosis entre dos nuevos grupos de usuarios: personas en situación de dependencia, de todas las clases sociales, y personas sin problemas de exclusión social que han perdido su empleo. Unos paliar sus necesidades económicas y otros las de cuidado y atención, se constata la vuelta de antiguos usuarios a los Servicios Sociales y la llegada de usuarios “descolgados” de otros sistemas, llama la atención el aumento de la figura del cuidador en el hombre (niños, ancianos...), la exclusión que significa la falta de empleo y haber agotado todas las prestaciones, se amplía a rupturas familiares, pérdida de viviendas, toxicomanías, etc.”* En relación a los cambios en las demandas o en las expectativas ante los Servicios Sociales; *“las demandas más frecuentes son las solicitudes de ayudas en alimentos y económicas para evitar el embargo, desahucio de la vivienda familiar, corte de suministros de la casa o bien para adquirir productos de primera necesidad, la primera en cantidad de demandas están las solicitudes de reconocimiento y derecho al sistema de protección de personas en situación de dependencia, como expectativas, las personas usuarias confían que el servicio sea una vía de entrada de recursos para alcanzar un mínimo vital y un acceso al mercado de trabajo, el nuevo perfil de muchas personas con las que trabajamos se caracteriza por un estado psicológico ansioso depresivo por el sentimiento de fracaso y devaluación personal por la incapacidad de responder a la crisis económica, impotencia de no saber qué hacer para que su*

*situación mejore, desanimo por no ver perspectiva de cambio*". En relación a los cambios en las respuestas desde los Servicios Sociales; *"los profesionales hemos reorientado la intervención a los nuevos perfiles de usuarios y las nuevas problemáticas sin ningún respaldo institucional para poder desarrollar un debate técnico que pudiera clarificar y hacer aportes nuevos a esta situación, hemos continuado enmarcados dentro de los mismos programas, con menos profesionales, recursos presupuestarios menores y más repartidos, tenemos lo mismo pero saturado, listas de espera, plazos larguísimos, que no dan respuesta a la situación que la gente está sufriendo, el incremento de las demandas nos están colapsando, las PSH actualmente por la crisis están viendo mermados los recursos y prestaciones de los que disponían"*. Por último, *¿las dificultades presupuestarias han reducido los recursos destinados a Servicios Sociales?*; *"se han ralentizado y bloqueado expedientes de ayudas económicas valorados de forma positiva, en espera de disponibilidad presupuestaria, se está produciendo un recorte de subvenciones para los servicios sociales, repercutiendo en los ayuntamientos y los servicios que presta, el recorte de 9 millones de euros del Plan Concertado en los presupuestos del Estado va a dar la oportunidad a las CCAA de reducir su aportación, los ayuntamientos tendrán que reducir plantillas, presupuestos para ayudas o servicios"*. Resulta imposible poner cara y conocer las vivencias de cada una de las personas o familias afectadas por la crisis, pero conviene acercarnos a ellos para no perder de vista el sufrimiento y la necesidad de apoyo por el Sistema de Servicios Sociales, en definitiva, una atención integral al ciudadano (Serrano et al., 2011).

Podemos decir que detrás de una crisis financiera, hay una crisis económica, energética, medio-ambiental, laboral, alimentaria. Hemos comprendido que todo está interconectado; que la crisis financiera es también ética, cultural y social. Basta escuchar a cualquier persona que acude a un banco de alimentos, no cabe duda que busque recursos, pero a la vez tiene hambre de dignidad y de reconocimiento. Según Serrano et al. (2011), las tres hambres están vinculadas. Los analistas sociales la han llamado la revolución de las necesidades, que exige replantear la lógica de la conexión en la acción social para resolver la crisis. Todos los efectos de la crisis, desde el

desempleo a la desconfianza, desde la vulnerabilidad a la impotencia se imbrican y se inter-afectan mutuamente. El código genético de las necesidades sociales es estar enredadas, entramadas, conectadas en complejas relaciones. El autor nos habla de la acción social teniendo en cuenta las capacidades personales según Amartya Sen, la implicación personal, fundamental para adquirir las capacidades suficientes y la llamada inteligencia emocional que incluye autodominio, persistencia y capacidad de motivarse a uno mismo (Goleman, 1996). El enfoque de las capacidades consiste en actuar sobre lo positivo y no sobre lo negativo. El concepto de capacidades hace referencia a una variedad de aspectos que van desde estar bien alimentado, hasta evitar la mortalidad prematura y participar en la comunidad. El despliegue de las capacidades genera empoderamiento de las personas, el protagonismo de la gente, la decisión en los asuntos que nos afectan. La intervención social sabe que sólo un enfoque cooperante está en condiciones de abordar los problemas sociales. La situación actual de crisis necesita recrear el propio concepto de recurso, ampliándolo a los potenciales, inmateriales, a la propia gente, a sus organizaciones y a las iniciativas sociales (Serrano et al., 2011; Illán, 2010; Álvarez, 2008; Bueno, 2002).

Para concluir el apartado, el último Informe sobre Precariedad y Cohesión Social (Fundación FOESSA, 2014: 10) nos dice que *“La crisis económica y el aumento del desempleo han supuesto, sin duda, un severo agravante de los problemas sociales en España, evaporándose velozmente algunos de los logros conseguidos en la época de bonanza, principalmente las mejoras de renta, dados los cambios tan limitados en la evolución de la desigualdad en el periodo anterior a la crisis”*.

## **3.2 EL TRABAJO SOCIAL E INTERVENCIÓN ANTE LAS EMERGENCIAS SOCIALES**

### **3.2.1 Introducción**

La emergencia social supone una situación que favorece procesos de vulnerabilidad social y de riesgo social, manifestando estados ocultos de precariedad y marginación.

Las situaciones de emergencia social son situaciones sobrevenidas, afectan a necesidades básicas y requieren inmediatez de respuestas, por lo que es necesario contar con profesionales del Trabajo Social con actitudes y aptitudes emergencistas, además de un Sistema de Servicios Sociales y de protección social que respalde su intervención.

A continuación mostraremos la figura del profesional del Trabajo Social ante la intervención en emergencias sociales, haciendo visible su profesionalidad y protección frente a situaciones de vulnerabilidad.

### **3.2.2 Los conceptos y características sobre la emergencia**

Según Pérez (2011), es difícil precisar lo que es una emergencia social. Ahora bien, sí podemos afirmar que cualquier situación de emergencia genera en sus afectados una serie de necesidades sociales que requieren una respuesta específica.

El término emergencia hace referencia a una situación imprevista en relación al tiempo y al lugar en el que se produce. En el ámbito de la ciudadanía se encuentra íntimamente ligado e identificado socialmente a la práctica médica y/o sanitaria. Los ciudadanos tienen una idea clara del significado de emergencia en el ámbito de la salud, la cual se identifica con los siguientes elementos:

- 1- Se trata de una situación imprevista que nos sorprende. Es contrario a cualquier acción programada.
- 2- En la mayoría de los casos se trata de una situación que compromete nuestro estado de salud con un importante grado de gravedad que puede suponer riesgo de pérdida de la vida.
- 3- Como consecuencia de lo anterior, se comprende que la respuesta a dicha situación no puede ser demorada en el tiempo. Requiere una actuación inmediata.
- 4- Esta respuesta requiere de medios, recursos y actuaciones de un claro contenido específico.

Según la RAE, *“la emergencia es un suceso, accidente que sobreviene y además supone una situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata”*. Arricivita (2006: 28) define la emergencia *“como un hecho súbito, inesperado, indeseable y, generalmente, imprevisible que, cuando menos, interrumpe y altera la rutina cotidiana de la/s persona/s directamente afectada/s, de su entorno cercano (familia, vecinos, etc.) y/o de una colectividad (grupo, pueblo, ciudad, etc.), requiriendo su resolución, con frecuencia actuaciones urgentes”*.

Además de la descripción de emergencia por los autores anteriormente citados, también la describe VVAA (2004: 153-154) y otros términos de interés que iremos tratando a lo largo del apartado:

- Se entiende por accidente: *“el suceso repentino que en un tiempo breve provoca alteraciones de más o menos magnitud a personas, bienes, servicios o al medio ambiente, sin exceder la capacidad de respuesta”*.
- Una emergencia: *“es una situación transitoria generada por un riesgo o hecho adverso y repentino. Requiere de una movilización de recursos extraordinarios de forma inmediata, que con la previsión adecuada, no excede la capacidad de respuesta existente”*.
- Un desastre: *“es un fenómeno extraordinario repentino, impredecible, de gran magnitud y de naturaleza multidimensional, que en poco tiempo causa alteraciones intensas a personas, bienes, servicios y al medio ambiente, excediendo la capacidad de respuesta”*.
- Una catástrofe: *“es un fenómeno extraordinario, repentino, impredecible, de gran magnitud y de naturaleza compleja y multidimensional, que en poco tiempo causa alteraciones intensas en personas, bienes, servicios y al medio ambiente, excediendo en forma considerable la capacidad de respuesta”*.

A continuación, presentamos en la figura 3 las diferentes situaciones de emergencia descritas anteriormente según la complejidad y la capacidad de respuesta, de menor complejidad de resolución a mayor.



Figura 3. Situaciones de emergencia según complejidad y capacidad de respuesta.

El accidente y la emergencia, estarían situados en primer lugar por no exceder la capacidad de respuesta y presentar menor complejidad de resolución. Tanto el desastre como la catástrofe, están situados en el extremo por ser situaciones que sobrepasan la capacidad de respuesta habitual y suponen mayor complejidad de resolución.

El concepto de crisis (ver anexo 1), como situación repentina, agresiva, de pérdida real o posible de la vida, del estatus o de unas propiedades, surge ante la percepción de dificultades que amenazan con sobrepasar las capacidades habituales de afrontamiento alterando o modificando el equilibrio anterior. Supone una situación generadora de una emergencia en un momento dado (ej. intento de suicidio por una disputa matrimonial o por ingesta de tóxicos).

La situación de emergencia social presenta las siguientes características (Pérez, 2011): Como emergencia, constituye una situación social imprevista que genera desprotección. Se trata de una situación no programada, que se produce de forma repentina y es generadora de necesidades sociales. Por ejemplo: malos tratos, persona dependiente que queda sola sin el cuidador principal. Supone una situación que favorece procesos de vulnerabilidad social y de riesgo social. En muchos casos, la situación de emergencia social es la manifestación tangible y visible de estados ocultos de precariedad y marginación. Además constituye un factor que favorece el inicio de procesos de riesgo social. La respuesta se debe proporcionar de forma inmediata, articulando aquellas prestaciones sociales que respondan a las necesidades sociales que

se manifiestan como consecuencia de la situación de emergencia, evitando el desarrollo de estados de desprotección social que favorezcan la instauración de procesos estables de marginación. La respuesta, por sus características de inmediatez y por los recursos que han de movilizar, se debe de proporcionar desde programas y/o servicios especializados en este tipo de situaciones.

Podemos definir la emergencia social como aquella situación no prevista que afecta y compromete las capacidades personales, los recursos y medios de subsistencia y las relaciones o redes sociales y familiares, requiriendo una respuesta inmediata con movilización de recursos que en algunos casos, son de compleja gestión. Las situaciones de emergencia suponen: Ser un suceso imprevisto precipitante en la vida de los sujetos y/o de la colectividad. Afectan y comprometen las capacidades, recursos y medios de subsistencia y las relaciones o redes familiares y sociales. Situación de vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y desamparo. Necesidad de contención y acompañamiento psicosocial. Necesidad de proporcionar una respuesta rápida y cercana al ciudadano. Se movilizan recursos normalizados y/o específicos con criterios de urgencia. Respuesta de carácter temporal y transitoria.

De acuerdo a Pérez (2011), la emergencia social se clasifica según el número de afectados: Emergencia individual y/o familiar. Cuando afecta a un solo individuo o a un núcleo familiar. La respuesta se proporcionaría desde el propio Sistema de Servicios Sociales sin la necesidad de la participación de otros sistemas de protección externos. Emergencia colectiva. Cuando afecta a un grupo de personas y/o familias y la respuesta se puede aún proporcionar exclusivamente desde el Sistema de Servicios Sociales o bien, se requiere la coordinación con otros sistemas. Gran emergencia y/o catástrofe. Deberá orientarse en cuatro puntos, uno procedente de la observación detenida del evento, otro referente a las causas que lo originan, otro concerniente al desorden específico que se produce en grado variable y que se traduce en daños más o menos extensos y por último lo relativo a la alteración en la forma de vivir, por ruptura social de la comunidad. El ciclo de las catástrofes supone un sistema de organización compuesto por siete etapas: prevención del desastre, mitigación de las pérdidas,



preparación de sus consecuencias, alerta de su presencia, respuesta a la emergencia, rehabilitación y reconstrucción de los efectos. Afecta a un número considerable de personas y la respuesta se tiene que proporcionar con la participación y colaboración de otros servicios de emergencia intervinientes. Requiere la movilización coordinada de un importante número de recursos.

Una vez descritas las situaciones de emergencia social y gran emergencia y/o catástrofe, cabe diferenciar la urgencia social de la emergencia social, ya que resulta complejo establecer los límites entre una y otra situación. En el Sistema Sanitario, un ejemplo de urgencia sanitaria sería un dolor torácico por cuadro de ansiedad y una emergencia sería dolor torácico por síndrome coronario agudo, en el caso de la urgencia, la vida del paciente no corre peligro, pudiéndose demorar en el tiempo su actuación sanitaria y en el caso de la emergencia, existe un riesgo vital que requiere de una actuación inmediata por personal cualificado sanitario *in situ*. Pasando al caso social de urgencia y emergencia, la urgencia social, según Pérez (2011), no es una situación objetiva de desprotección. Se trata de una situación subjetiva del estado de necesidad vivida por el propio afectado y a su vez, valorada como tal por el profesional de la intervención. Son situaciones de riesgo social donde el individuo no se encuentra objetivamente en situación de desprotección social repentina. La urgencia social se encuentra en las agendas de la atención diaria de cualquier profesional de la Atención Primaria y la virtud de dicha red, es la capacidad de valorar dichas situaciones y priorizar la intervención sobre las mismas.

Según Arricivita (2006), la realidad evidencia que es difícil encontrar una situación de emergencia (de cualquier nombre), en cualquiera de sus fases, en la que exclusivamente intervenga un profesional de una única disciplina. Y esto sucede porque la situación requiere resolver problemáticas de índole diversa. Es decir, se actúa sobre las mismas situaciones (ej. accidente de tráfico) que resultan ser multiproblemáticas (traumatismos diversos, atrapamiento, necesidad de información, falta o pérdida de los suyos, necesidades básicas por cubrir, etc.). Por tanto, en el objetivo de una atención completa a los diferentes afectados, hay una necesidad de trabajo en equipo

multiprofesional, debidamente organizado, coordinado y protocolizado, sobre unas mismas situaciones que generan problemas y necesidades diversos y específicos a la vez (sanitarios, psicológicas, sociales, de rescate, etc.) y requieren soluciones también específicas. Además, Arricivita nos describe un denominador común a todas las emergencias: Situaciones estresantes y no pocas veces traumáticas. Afectan, no sólo a los implicados directos, también a familiares y otros allegados, puede ser a una colectividad y también a los intervinientes. La salud y/o autonomía, incluso la vida de las personas implicadas están amenazadas.

Obviamente la etiología de las emergencias es variadísima y puede ser por tanto de carácter antrópico (provocada por la actuación o la inacción del ser humano), de carácter natural (fenómenos meteorológicos, sísmicos, epidemias, etc.) o de carácter tecnológico (explosiones, colapsos industriales, etc.). Los efectos de estas situaciones en las personas son también complejos y multifactoriales, atendiendo a cuestiones tan básicas como el restablecimiento de la seguridad, de la salud, el tratamiento de los desórdenes psicológicos y sociales provocados o la paulatina recuperación de la situación de normalidad (Barriga, 2009).

A continuación, exponemos en la tabla 8 situaciones de emergencia social que son activadas en el centro coordinador 112 de la Comunidad de Madrid.

Tabla 8. Situaciones de emergencia social activadas en el centro coordinador 112 de la Comunidad de Madrid.

SITUACIONES DE EMERGENCIA (necesidades sociales de emergencia)	COLECTIVOS SOCIALES A LOS QUE AFECTA	RESPUESTAS
1-PÉRDIDA/ DESORIENTACIÓN	Menores, mayores de 65 años, personas con discapacidad psíquica, personas con Enfermedad mental, extranjeros	Otras gestiones, acompañamiento social, localización de familias, domicilio, etc., contención y acogida breve
2-ABANDONO	Menores, mayores de 65 años, personas con discapacidad psíquica, Otros (PSH)	Otras gestiones, alojamiento, atención Social
3-SITUACIONES DE VIOLÉNCIA DOMÉSTICA Y MALOS TRATOS	Menores, mujeres, mayores de 65 años, personas con discapacidad psíquica, otros	Atención social y contención, alojamiento
4-SITUACIONES DE SOLEDAD SOBREVENIDA	Menores, mayores de 65 años, personas con discapacidad psíquica, personas con enfermedad mental	Otras gestiones, alojamiento, ayuda a domicilio, contención e intervención de crisis
5-SITUACIONES DE MENDICIDAD	Menores, mayores de 65 años	Otras gestiones, alojamiento, ayuda a domicilio, contención e intervención de crisis
6-SITUACIONES DE PÉRDIDA DE AUTONOMÍA	Colectivos sin especificar	Otras gestiones, alojamiento, contención y atención social
7-PETICIÓN DE INTERVENCIÓN SOCIAL	Colectivos sin especificar	Otras gestiones, alojamiento, ayuda a domicilio, contención e intervención de crisis

Fuente: Adaptado de Pérez, 2009.

En la tabla 8, podemos apreciar las distintas situaciones de emergencia catalogadas según el colectivo social afectado, donde las situaciones de soledad sobrevenida se refiera a situaciones en las que las personas dependientes cuentan con una red de apoyo familiar y social estable y por un acontecimiento imprevisto, y la persona dependiente pierde este apoyo y se encuentra sola. Las situaciones de pérdida de autonomía se trata de situaciones donde la persona, por diversas circunstancias, pierde la posibilidad de quedarse sola en su domicilio y requiere de atención y asistencia por pasar a una situación de dependencia. La petición de intervención social se trata de un apartado en el que se deben introducir demandas generales. Las situaciones de emergencia requieren de unas respuestas de intervención que realiza el servicio de atención social a las emergencias sociales en la ciudad de Madrid, conocido como el SAMUR Social (Pérez, 2009).

Para el caso que nos ocupa, la normativa sobre la emergencia es: normativa estatal de Protección Civil (PC), normativa autonómica de PC y normativa municipal de PC, de la cual se desprenden los Planes Municipales de la emergencia, de los cuales, en materia de Servicios Sociales, se desprenden los servicios de emergencias sociales, donde se desarrolla el Trabajo Social (Milián, Plaxats, Román y Romero, 2006).

El Plan Territorial de Emergencia (PTE) de la Comunidad Valenciana<sup>43</sup> en su organización funcional, clasifica las emergencias en fases y niveles. Dichas fases son:

- a)! Preemergencia: *esta fase se identifica con una situación que, por evolución desfavorable, puede dar lugar a una situación de emergencia (en algunos casos, la inmediatez del suceso no permite tomar medidas preventivas y la fase de preemergencia se confunde con la emergencia).*
- b)! Emergencia: *se corresponde con la evolución desfavorable de aquellos riesgos que habían motivado la fase de preemergencia, o bien con el propio inicio de la catástrofe cuando los acontecimientos se desencadenan con gran rapidez y gravedad.*
- c) Fin de la emergencia: *se da cuando las consecuencias derivadas de la situación de emergencia dejan de constituir un peligro para las personas y sus bienes.*

La diferente gravedad o nivel de emergencia se establece en base a un criterio de territorialidad de los daños ocasionados por la misma y especialmente al nivel de los recursos precisos para su control:

1.! Las emergencias de Nivel I *se corresponden con una situación o accidente sin daños, o que ha producido daños limitados, en cuyo control son suficientes los recursos locales o ciertos recursos de ámbito superior en primera intervención (bomberos, guardia civil, recursos sanitarios, brigadas forestales, etc.).*

2.! Las emergencias de Nivel II *se corresponden con una situación o accidente que afecta a uno o más municipios y cuyo control obliga, por superación de los recursos*

---

<sup>43</sup> Decreto 243/93, de 7 de diciembre, del Gobierno valenciano, por el que se aprueba el Plan Territorial de Emergencia de la Comunidad Valenciana.

*antes descritos, a la activación de uno o más Planes Sectoriales, dependiendo de la naturaleza del accidente.*

*3.1 Las emergencias de Nivel III se corresponden con una situación o accidente similar a la planteada de nivel II, pero cuyo control exige la constitución del CECOPI (Centros de Coordinación Operativa Integrada) de la provincia afectada y, en su caso, de modo complementario, los de las restantes provincias.*

El PTE de la Comunidad Valenciana materializa el marco orgánico-funcional y los mecanismos que permiten la movilización de recursos. Es un documento de carácter técnico formado por el conjunto de normas y procedimientos de actuación que constituyen el dispositivo de respuesta de las Administraciones Públicas frente a cualquier situación de emergencia colectiva que se produzca en el territorio de la Comunidad Autónoma Valenciana.

Para concluir, podemos decir que la emergencia es una situación caracterizada por su eventualidad y por afectar súbitamente a las capacidades de salud, materiales y sociales de las personas. Son situaciones en las que se genera una vulnerabilidad repentina que requiere generalmente del concurso y la intervención de gran variedad de dispositivos y profesionales (Barriga, 2009).

### **3.2.3 El recorrido del Trabajo Social como profesional de la emergencia social**

Los antecedentes del Trabajo Social están situados en las formas religiosas y filantrópicas de actuación caritativa y en la obra reformista de la intervención concebida por Luis Vives. Los fundamentos teóricos de la intervención social además se sustentaron en la percepción de los riesgos que representan la pobreza y sus efectos de exclusión social de capas significativas de la población.

El Trabajo Social nace de la práctica de la acción social (las Heras y Cortajarena, 1985). Exponemos las primeras intervenciones en situaciones de emergencia, como profesionales de la intervención social, dirigida a mejorar el desarrollo de otras personas, donde las organizaciones en las que se lleva a cabo están formadas por

personas y donde el ser humano es el sistema básico de la sociedad (Fernández y de la Fuente, 2009). La formación del Trabajo Social en España encuentra sus manifestaciones iniciales, en 1937 cuando nació la primera escuela de formación social en San Sebastián.

En el Sistema Público de Servicios Sociales, el profesional de referencia es el trabajador social y es a él a quien le compete la máxima responsabilidad de hacer real el espíritu, la intención, el valor de la ley y de la Política Social, en su ejercicio profesional (Esnaola et al., 2007).

En la Comunidad Valenciana, como ámbito de estudio de la presente tesis, la citada Ley 5/1989 de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana, en su artículo 49 establece las áreas de intervención, entre las que establece las situaciones graves de emergencia social, en su artículo 52, los niveles de intervención (Atención Primaria y Especializada) y en su artículo 62, las modalidades de intervención (prevención, asistencia y rehabilitación). La también citada Ley 5/1997 de asistencia social, sucesora de la Ley 5/1989 y en el Estatuto de Autonomía, en su artículo 31, apartado 24, establece la competencia exclusiva de la Comunidad Valenciana en materia de asistencia social. La legislación supone un paso más en el avance de la profesión de los trabajadores sociales y de su intervención social.

Como antecedentes en la emergencia social, nombramos como hito en la Comunidad Valenciana “la pantanada” de Tous en 1982 (ya citada anteriormente), en ese momento, la Dirección General de Servicios Sociales decide enviar equipos multidisciplinarios a las poblaciones más afectadas por la riada (Uceda i Maza et al., 2012). En 1983, la grave situación vivida en el municipio de Bilbao por las inundaciones, marcado por la emergencia y la necesidad de intervención urgente, el Ayuntamiento de Bilbao, procede a la contratación de 8 trabajadores sociales (Duque y Murguía, 2011). En 2007, en Alcalá de Guadaíra (Sevilla), ante las graves inundaciones, el ayuntamiento tuvo que reaccionar improvisada pero ordenadamente, siendo los Servicios Sociales del municipio los encargados naturales de armar todo el dispositivo de atención, realojo y posterior apoyo en menos de 24 horas y algo similar ocurrió en el

municipio Castellano-Manchego de Alcázar de San Juan, donde los Servicios Sociales tuvieron que ofrecer una respuesta ante la emergencia y la post emergencia que provocaron las inundaciones (Barriga, 2009). Podemos decir, que las inundaciones han marcado un inicio en las emergencias sociales en nuestro país como hechos imprevistos que suponen toda emergencia. Además, como ejemplos de catástrofes y desastres, lamentablemente, hay muchos: los atentados terroristas del 11 de septiembre en Nueva York y los del 11 de marzo de 2004 en Madrid; la toma de centenares de rehenes (niños, maestros y padres) en una escuela de la ciudad de Beslán (Osetia del Norte, Rusia) por un comando de terroristas chechenos. La riada del camping Las Nieves en Biescas (Huesca) en agosto de 2006, el Tsunami que se propagó por el Océano Índico, en 2004; la inundación en la India entre los meses de julio y septiembre del año 2007, el ciclón en Bangladesh en 2007, el terremoto de China en mayo de 2008, el ciclón de Birmania en mayo de 2008 son también algunos ejemplos de desastres y catástrofes en los que sin duda han requerido del trabajador social (Coloma, 2009).

El Trabajo Social en sus distintas expresiones se dirige a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes. Su misión es facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y prevengan las disfunciones. El Trabajo Social profesional está enfocado a la solución de problemas y al cambio. Por ello, los profesionales se convierten en agentes de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias y comunidades para las que trabajan. Al hilo de lo anterior se puede sostener que esta disciplina científica es un sistema integrado y dinámico de valores, teoría y práctica interrelacionados (de Dios y Torres, 2010; de la Red, 2011).

Según Fernández y de la Fuente (2009: 313), definen el Trabajo Social como *“la profesión encargada de ayudar a las personas a tomar conciencia de sus necesidades y de sus capacidades personales, de manera que las puedan utilizar para lograr sus objetivos. Esto es promover la autonomía personal mediante la orientación entendida como el proceso de ayuda para tomar decisiones, al tiempo que interviene en el medio en que se encuentra para promover la integración social efectiva”*. Esta intervención

con el medio significa intervenir en los asuntos colectivos, por tanto en los niveles familiar, grupal y comunitario, además de en los sistemas que condicionan o limitan su desarrollo. La misión del Trabajo Social es construir –o reconstruir- vínculos estables, sanos y fluidos para mejorar el bienestar individual como paso previo a la mejora del bienestar social.

Los ámbitos de actuación de los y las profesionales en Trabajo Social según la FITS son los siguientes (de Dios y Torres, 2010): personas mayores, personas con discapacidad, personas maltratadas, en especial, mujeres, menores y ancianos, reclusos, víctimas de terrorismo, inmigración, menores en situación de exclusión social, minorías étnicas, drogodependencias y adicciones, emergencias y prostitución.

Además, una legitimación inicial para la intervención contenida en la legislación básica del Estado: Ley de Protección Civil de 1985 y Norma Básica de Protección Civil<sup>44</sup> y en tres fuentes simultáneas que afirman la presencia del Trabajo Social en las situaciones de emergencia (Barriga, 2009): legitimación deontológica, legitimación jurídica y legitimación práctica.

En la legitimación deontológica, el Trabajo Social es obviamente una profesión de auxilio. El código deontológico de la profesión indirectamente expresa las funciones y la responsabilidad que conllevan a actuar ante situaciones de emergencia y crisis. En la legitimación jurídica, la normativa estatal en la materia: la citada Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre Protección Civil, establece en el apartado 3.f de su artículo 1, el objetivo de Protección Civil de prestar asistencia sanitaria y social. En el citado Real Decreto 407/1992, de Norma Básica de Protección Civil, en su artículo 4.h, explica las medidas a adoptar en situaciones de socorro, entre las que destacamos: clasificación, control y evaluación de afectados a fines de asistencia sanitaria y social, albergue de emergencia y abastecimiento. Y en la legitimación práctica, la presencia activa del Trabajo Social en los planes previos de emergencias, en los dispositivos de respuesta y en la evaluación

---

<sup>44</sup> Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre Protección Civil y Real Decreto 407/1992, de 24 de abril, por el que se aprueba la Norma Básica de Protección Civil.



de los mismos, se legitima definitivamente por necesidad, dar respuestas desde un abordaje integral, contando con el concurso de diferentes profesionales y sistemas.

Podemos concluir el apartado haciendo visible el papel del Trabajo Social en la intervención de las situaciones de emergencia, ya sean individuales, colectivas o catástrofes, además de sus funciones, recorrido histórico e identidad (de Dios y Torres, 2010; Madeira, Fernández, Grondona, Ismach y Riqué, 2011; Barriga, 2009; Milián et al., 2006; Pérez, 2011; VVAA, 2004; Lima, 2011; Arricivita, 1999, 2006).

### **3.2.4 El Trabajo Social e intervención en la emergencia**

Las situaciones de emergencia y catástrofes suponen un factor de riesgo y sobre todo, demuestran nuestra vulnerabilidad. Los ciudadanos nos sentimos inseguros y tememos perder los bienes y la posición y estabilidad personal y social alcanzada. Ante lo cual, la ciudadanía exige la intervención de cada vez más sistemas de protección social. El concepto de vulnerabilidad va más allá que el simple temor a la pérdida de salud. Relacionamos vulnerabilidad con seguridad en sentido amplio. Como consecuencia demandamos respuestas generadas desde un mayor número de sistemas de protección: sanitario, social, seguridad, etc.

La emergencia, como circunstancia social y humana imprevista en el tiempo y en el espacio de manifestación, como se ha indicado, genera múltiples situaciones de necesidad, entre las que nos encontramos las necesidades sociales de alojamiento, manutención, información y asesoramiento, apoyo social y emocional, inserción, reconstrucción de redes familiares y sociales, etc. Todas estas necesidades sociales justifican y legitiman funcionalmente la intervención del Sistema de Servicios Sociales. Además, las emergencias evidencian las débiles estructuras de apoyo familiar y social. Ello hace que muchas situaciones que anteriormente se resolvían de forma espontánea por las estructuras informales de solidaridad (familia, amigos, vecinos, etc.) hoy quedan al descubierto y requieren la acción protectora del institucional del Sistema de Servicios Sociales (Pérez, 2011).

En cualquiera de las situaciones de urgencia-emergencia pueden verse afectadas o comprometidas una o varias personas, familias, grupos, e incluso un barrio, un pueblo o una ciudad, dependiendo del alcance del suceso. Según el grado de afectación de la situación que ha generado la urgencia-emergencia, puede ser valorada en múltiples facetas (sanitaria, social, psicológica, etc.) pudiendo necesitar apoyo e intervención para la resolución de sus nuevos problemas o necesidades. Según las necesidades detectadas, requerirá una mayor coordinación socio-sanitaria entre profesionales (ver anexo 1) de diferentes escenarios de atención a la emergencia (trabajadores sociales, sanitarios, policía, bomberos, etc.) y una aproximación diagnóstica de las necesidades, lo que conlleva un uso más eficaz y eficiente de los recursos disponibles. El papel del trabajador social ante las situaciones de emergencia, requiere una evaluación previa de necesidades, una aproximación diagnóstica y una atención en el mismo escenario donde se ha producido el incidente (lugar de incendio, hospital, domicilio, etc.) (Arricivita, 2009).

Según García (2007), la intervención social tiene que adecuarse a los problemas y situaciones que surgen de la interacción de los contextos descritos y las personas que se manejan en ellos. El punto de mira tiene que ser global para conseguir que esa intervención sea realmente transformadora. Uno de los retos de la universalidad es reconocer que los problemas sociales no alcanzan sólo a las capas menos favorecidas sino que afectan cada vez a más personas y a grandes sectores sociales tradicionalmente ajenos al Trabajo Social. Para que la intervención sea universal e integral, podemos señalar como ejes vertebradores los siguientes: el ser humano y sus oportunidades para el bienestar, el territorio y sus oportunidades para la convivencia, como objetivo el mejorar la calidad de vida de las personas y el cambio social a través de la participación. Como el papel profesional de la intervención social, exige que el trabajador social sea: dinamizador e impulsor sabiendo adaptar los recursos al medio, elemento clave en la búsqueda de soluciones innovadoras, eje impulsor de la integración y coordinación de acciones sectoriales, capaz de trabajar con una perspectiva de desarrollo integral, abierto al cambio y capaz de definir su propio papel en el entorno.

Al hablar de intervención no debemos olvidar que ésta también puede cumplir un papel integral, ya que los profesionales del Trabajo Social pueden: concienciar, sensibilizar a personas y comunidades tanto a su entorno como a sus posibilidades de futuro, formar y ayudar a comprender la relación humana y la responsabilidad que tenemos hacia los otros y hacia el medio en que vivimos, modificar actitudes, trabajar por la adquisición de nuevos valores, capacitar a las personas, involucrarlas en su propia mejora y en la de su entorno inmediato, analizar, evaluar los programas y las acciones que se implantan, tomar conciencia y responsabilizarse del papel del propio profesional como elementos impulsores de cambios sociales y como coordinadores de los mismos y buscar el equilibrio entre nuevas perspectivas y la valoración de los cotidianos, lo enraizado en el entorno.

Al objeto de una mejor clarificación en torno al dónde tienen que estar los trabajadores sociales como actores de la emergencia, exponemos tres grupos de situaciones objeto de intervención social según Arricivita (2006). Como primer grupo, situaciones objeto de intervención social tipificadas como de riesgo de emergencia en los Planes Especiales y Territoriales de Emergencias de Protección Civil: incendios forestales, inundaciones, accidentes en la industria química o similar, sísmicos, transportes de mercancías peligrosas, accidentes en el transporte civil (ferrocarril, carretera y aéreo), rescate por actividades deportivas, incendios, explosiones y similares (industriales y urbanos), hundimientos, riesgos derivados de la meteorología (sequía, vientos, aludes, nevadas), deslizamientos de laderas, riesgos por fallo en el abastecimiento de los servicios elementales (agua, electricidad, gas, teléfono, alimentos y productos básicos, otros que puedan afectar gravemente la salud y la protección de las personas), riesgos sanitarios (intoxicaciones alimentarias, epidemias, plagas, contaminación bacteriológica), riesgos derivados de grandes concentraciones humanas, riesgos asociados al terrorismo y riesgos de las emergencias nucleares y situaciones bélicas, entre otros. Un segundo grupo de situaciones serían las emergencias sociales o emergencias de asistencia social, las cuales en el ámbito de la acción social y según Pérez (2009) serían las citadas en la tabla 8 (ver en la página 210). Por último, un tercer grupo, las denominadas emergencias sanitarias, en las que existe un riesgo vital y

requiere de la asistencia inmediata y cualificada *in situ*: síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular (ACV-ICTUS), traumatismo craneoencefálico (TCE), intoxicaciones agudas, urgencias diabéticas, urgencias psiquiátricas, crisis convulsivas, insuficiencia respiratoria aguda, accidentes de múltiples víctimas (AMV) o emergencia colectiva, catástrofes, entre otras.

Las prestaciones que se deben de proporcionar en una situación de emergencia por los Servicios Sociales como catálogo de prestaciones, son las siguientes (Pérez, 2011): Valoración de las situaciones de necesidad social que se producen en una emergencia. En el caso de las emergencias colectivas y especialmente en las grandes emergencias se hace necesario establecer un “traje social” que supone la priorización de la intervención con las personas a las que los trabajadores sociales han de dar respuesta en primer lugar. Tareas de contención y apoyo emocional. Tareas de información a los afectados y a sus familiares. Esta tarea permite disminuir la tensión de los afectados y de sus familiares y sobre todo, se reduce la situación de confusión que produce la situación inesperada de una emergencia y por tanto, se incide en la disminución de estados estresantes de los afectados y de sus familias. Tareas de mediación entre los afectados y otros sistemas intervinientes. Los afectados y los familiares requieren de una información básica sobre los procesos de actuación de los diferentes equipos intervinientes en la emergencia. El papel se concreta en canalizar información, aclarar dudas, definir pasos a seguir en el proceso de resolución de la emergencia, ser interlocutor de los afectados ante los servicios de emergencia, etc. Gestión de recursos para facilitar las tareas de los equipos intervinientes. Supone realizar las actuaciones tendentes a prestar apoyo logístico a los propios profesionales que están interviniendo. Funciones de acompañamiento e intervención social a los afectados y sus familias. El objetivo es que la persona alcance y reinicie su vida en condiciones adecuadas. En este sentido, la labor de los trabajadores sociales es muy importante, ya que supone una labor en el proceso de reconstrucción de redes familiares y sociales de los afectados, así como favorecer que en el menor tiempo posible adquiera la autonomía personal. Gestión de prestaciones básicas de supervivencia para los afectados y sus familias. Podemos decir que dicha gestión de prestaciones básicas

(información, asesoramiento, el alojamiento, la manutención, el transporte...) favorece los procesos de normalización de las personas afectadas y sobre todo, en un primer momento, posibilita reducir los niveles personales y sociales de inseguridad y ansiedad. Gestión de otros servicios y prestaciones muy singulares necesarias ante las situaciones de emergencia social. Como ejemplo podríamos señalar gestión de enterramientos especiales y/o gratuitos entre otros. Gestión y coordinación del voluntariado social y cívico en el marco de la emergencia. El voluntariado supone un agente de intervención en a emergencias colectivas y grandes emergencias. Requieren de una formación específica y sostenida en el tiempo, que permita su activación en cualquier momento. Los Servicios Sociales deben de asumir el papel de coordinar y articular la participación del voluntariado.

En definitiva, todas las prestaciones que hemos nombrado pretenden contrarrestar los factores de inestabilidad personal y social, a través de la intervención social, sin olvidar que las situaciones de emergencia son generadoras de situaciones de estrés personal y favorecedoras de estados de vulnerabilidad social.

La intervención social en grandes emergencias se ubica dentro de la PC siendo sus funciones: previsión, prevención, planificación, intervención, rehabilitación. Ésta intervención se corresponde plenamente con la profesión del Trabajo Social y su método básico: realización de análisis, determinación de objetivos, identificación de escenarios y recursos, intervención (apoyada en técnicas de apoyo psicológico e intervención en crisis) y evaluación -parcial, continua-, dentro del contexto del trabajo en equipo, interdisciplinar y coordinado.

La especificidad de la intervención, viene dada por el contexto de las grandes emergencias: son situaciones imprevistas y de gran magnitud, producen alarma social, alteran o reducen la capacidad de respuesta normalizada de individuos, grupos e instituciones, generan un contexto general de inseguridad, y son susceptibles de provocar efectos adversos, lo que requiere la toma de situaciones de estrés.

Se interviene tanto de manera estratégica como con personas directa o indirectamente afectadas, familiares y otros allegados, así como con los propios intervinientes –otros profesionales, otros voluntarios-. *“El objetivo último es modular en lo posible las consecuencias del suceso, integrando las actuaciones de apoyo emocional, gestión de recursos y preparación para reiniciar el proceso de incorporación y normalización, asimilando el suceso y adaptándose a la nueva situación –fase de rehabilitación-“* (Olmedo, 2008: 55).

No debemos de olvidar un grupo vulnerable y en situación de exclusión social como son las PSH como colectivo susceptible de atención en situación de emergencia por los trabajadores sociales. Muchas de las veces, la detección de la emergencia social es a través de una emergencia sanitaria (ej. hipoglucemia en PSH diabética), en la que los profesionales detectan la necesidad de cuidados para su enfermedad y que una vez se le dé el alta hospitalaria a la PSH, queda de nuevo en la calle a su libre albedrío, generando una nueva emergencia sanitaria si no se deriva el caso a los Servicios Sociales, que en el caso del servicio social de atención a las emergencias sociales de la ciudad de Madrid: SAMUR Social dispone de protocolos de actuación conjunta con los sanitarios de emergencias extrahospitalarias de la ciudad de Madrid: SAMUR PC (Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate) y SUMMA-112 (Servicio de Urgencia Médica de Madrid) (Pérez, 2011). Podemos decir que el SAMUR Social tiene una amplia experiencia en las PSH a la vez que la Fundación RAIS, con experiencia en diferentes ciudades mediante rutas de trabajo de calle en horario de mañana, fundamentalmente, que permite contactar con PSH que comienzan su actividad diaria, al despertar, o que están haciendo uso de espacios públicos en diferentes puntos de la ciudad (Illán, 2004).

La peculiaridad de las situaciones de gran emergencia y crisis hace que los servicios sanitarios, sociales y, dentro de ambos, los profesionales del Trabajo Social, tengan un papel muy importante en todos los momentos de la intervención. Así un esquema básico de actuaciones a desarrollar en cada uno de esos momentos para las grandes emergencias puede ser el siguiente (Barriga, 2009):

- a) Pre emergencia: planificación de la intervención, generalmente, dentro de los dispositivos de protección civil, incardinación del dispositivo de atención social con el resto de dispositivos, elaboración de protocolos preventivos y educativos dirigidos a la ciudadanía y difusión de los mismos, participación en simulacros, formación continua del personal de atención previsto (tanto profesional como voluntario).
- b) Emergencia: tareas de contención y apoyo emocional, acompañamiento, tareas de localización e información a afectados y/o familiares, tareas de mediación entre afectados y otros sistemas intervinientes, gestión de recursos para facilitar las tareas de los equipos intervinientes, prestar colaboración al resto de profesionales en las tareas de rescate, si así es requerido, gestión de prestaciones básicas normalizadas y/o específicas (subsistencia, alojamiento, vestido, etc.), cualquier otra gestión de servicios y/o recursos para la atención de los afectados y de todas las personas intervinientes en los dispositivos de emergencia.
- c) Post emergencia: intervención social con familias y afectados (atención psicosocial), gestión de prestaciones básicas normalizadas y/o específicas (subsistencia, alojamiento, vestido, etc.), evaluación de la intervención propia y del resto del dispositivo.

En un estudio sobre la aproximación a la intervención del Trabajo Social comunitario en situaciones de catástrofes y desastres (Coloma, 2009), cuyos objetivos principales fueron conocer los principales modelos de intervención que pueden servir al trabajador social en el momento de plantear y abordar este tipo de situaciones (el impacto psicológico, físico y social que tienen en los individuos y comunidades), sistematizar la intervención comunitaria del Trabajo Social frente a las situaciones de catástrofe y desastres, conocer y describir las funciones y líneas de acción principales del Trabajo Social y conocer los retos a los que debe de enfrentarse el Trabajo Social. La metodología utilizada a través de un estudio exploratorio, mediante abordaje cualitativo, con la realización de entrevistas semiestructuradas (9 a trabajadores sociales, 2 a psicólogos y 1 a un geólogo). Como conclusiones podemos destacar que hay muchas áreas en la que profundizar en futuras investigaciones, como: los modelos de intervención (considerando el conocimiento teórico previo acerca de la situación de

emergencia que se va a encontrar el trabajador social como un imprescindible para guiar la intervención y facilitarla), la formación del trabajador social (la investigación y la formación en intervención en catástrofes y desastres, suponen cuestiones pendientes por ser un área relativamente joven de intervención del Trabajo Social), las líneas estratégicas de intervención comunitaria, la coordinación y relación con otros profesionales, el papel de los trabajadores en cada una de las etapas de la emergencia, entre otros.

Según Barriga (2009), el Trabajo Social puede resultar significativamente útil en los casos de gran emergencia desde tres puntos de vista: Los conocimientos. Desde el Trabajo Social se tiende a ofrecer una perspectiva global (integral) de los problemas a abordar. Se tiene una buena comprensión de las situaciones desde diferentes ángulos y esto es esencial en las situaciones de emergencia. Los conocimientos en materia de planificación y logística en terreno pueden ser puestos al servicio en el momento en el que se requieran. Además, la atención psicosocial a víctimas y familiares y por supuesto, los modelos de intervención en crisis, sustentan epistemológicamente cualquier intervención social que trate de reequilibrar el statu quo personal y relacional gravemente alterado por las catástrofes. Las habilidades y aptitudes. La contención de situaciones de dolor, angustia, estrés y shock requiere de cierto entrenamiento personal, sentido común y humanidad. Las capacidades empáticas son un tesoro profesional del Trabajo Social que ha de ser desplegado en las situaciones de crisis. El Sistema de Servicios Sociales. En su nivel de Atención Primaria, tienen funciones propias y directas relacionadas con las situaciones de emergencia y crisis y además posee un conocimiento directísimo del entorno, de sus recursos humanos e institucionales y una capacidad organizadora, teniendo la obligación de intervenir en las situaciones de gran emergencia que se produzcan en su ámbito (a nivel municipal o comarcal).

Según Milián et al. (2006), el trabajador social emergencista debe de tener un perfil específico en formación e intervención, haciendo una aportación teórica y práctica sobre requisitos más adecuados para la intervención en la emergencia, entre los que destacamos: Perfil de aptitud. Habilidades personales: equilibrio emocional, seguridad



en uno mismo, capacidad de autocontrol, resistencia física y psicológica, tolerancia a la frustración. Habilidades sociales: flexibilidad y adaptación al entorno ambiental y a diversos ritmos de trabajo, gestión positiva de los conflictos, improvisación ante imprevistos de carácter técnico o práctico, capacidad de tomar decisiones en situaciones de mucho estrés, capacidad y disposición para trabajar en equipo, habilidades de comunicación interpersonal, empatía, habilidad para gestionar el silencio y capacidad para la escucha activa. Formación específica en emergencias. Los objetivos serían homogeneizar y desarrollar la formación necesaria para la intervención en la emergencia y diseñar propuestas en las que la universidad se implique a nivel de posgrado, máster, etc.

En definitiva, se entiende la necesidad de formación en emergencias para el colectivo de Trabajo Social como profesional en intervención social, donde tiene su lugar como lo tienen los sanitarios, policías, bomberos, voluntarios, etc. Además de simulacros conjuntos con el resto de intervinientes y su respectiva coordinación y uso de protocolos establecidos (Kanaan, Cea y Huetas, 2008; Martín, 2009; Olmedo, 2008; Duque, 2006; Escartín, 2006; Duque y Murguía, 2011).

Para concluir el apartado, describiremos tres ejemplos de la intervención que realizaron ante una gran emergencia los trabajadores sociales en Barcelona (barrio del Carmel el 27 de enero de 2005) y en Madrid (atentado terrorista de marzo de 2004 y el accidente aéreo de Spanair en 20 de agosto de 2008) por ser intervenciones que marcaron un antes y un después en la visibilidad de los servicios de emergencias sociales:

1) Gran emergencia en el barrio del Carmel en Barcelona por hundimiento de la línea 5 del metro, provocando derrumbes y desprendimientos en edificios de la zona. Afectó a 76 edificios, 462 familias desalojadas y 1239 damnificados. Las diferentes etapas del operativo de emergencias por el servicio de emergencias sociales fueron las siguientes (Ferrer, 2006): Análisis de la situación *in situ*. Del primer análisis de necesidades se obtuvieron grupos de tareas: de desalojo de colectivos vulnerables, reagrupación de afectados, desplazamiento al centro de acogida, localización de

personas extraviadas y adecuación del espacio de acogida y acogida de afectados. Atención de las personas en la zona 0 y centro de acogida. Tareas de: pre-diagnostico, valoración de necesidades individuales/familiares, priorización de necesidades, gestión de recursos (alojamiento, alimentación, etc.), coordinación con servicios sanitarios para atención de personas con enfermedades. Necesidades detectadas: básicas (alojamiento, alimentación, higiene y vestido), medicación, apoyo y atención psicológica, localización de familiares, transporte entre otras. En las 10 primeras horas de intervención se realizaron: 400 entrevistas individualizadas, 11 ingresos en centros geriátricos, 800 alojamientos en hoteles de la ciudad, 400 desplazamientos de afectados a casa de familiares y 550 comidas suministradas. Además se creó un dispositivo informativo sobre el siniestro y su evolución. Estabilización del dispositivo de atención. Se organizaron un punto de información estable, un servicio de atención social individualizado en el que atendían los trabajadores sociales y se coordinó con 061 (urgencias médicas), IMED (Instituto Municipal de Educación), TMB (transportes Municipales de Barcelona), GU (Guardia Urbana), SPEIS (Servicio de prevención Extinción de Incendios y Salvamento), IMI (Instituto Municipal de Informática), SG (Servicios Generales), CSS (Centro de Servicios Sociales de la Zona) y otros (área básica de salud, cruz roja, etc.). Consolidación del dispositivo de atención. El 7 de febrero de 2005, 11 días después del hundimiento, se aprobó el Decreto de Alcaldía por el que se constituía una unidad Ejecutiva Especial.

2) Atentado terrorista del 11 de marzo de 2004 en Madrid, en el que se atacaron 4 trenes. Se procede la activación del SITADE (Servicio de Información Telefónica y Atención de Emergencia) (antecedente del SAMUR Social), servicio compartido entre la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento de Madrid (Pérez, 2011). Intervinieron 260 trabajadores sociales, 150 psicólogos, 22 mediadores interculturales y 25 personas de apoyo administrativo. Se realizaron funciones de información a familiares, apoyo emocional a víctimas y familiares, localización de familiares, se creó una estructura estable de atención en los pabellones de IFEMA (Institución Ferial de Madrid), donde se realizó la coordinación referida a la Dirección General de Emergencias. Entre las actuaciones logísticas que desarrolló el SITADE: Organización de voluntarios, mediadores interculturales, de transporte, catering, sistemas de información familiar y

profesional, etc. Gestión de plazas de alojamiento para la atención de familiares de damnificados. Atención directa a los familiares (IFEMA, tanatorio sur, tanatorio M-30, tres hoteles y cementerio de la Almudena).

3) Accidente Aéreo de Spanair en agosto de 2007, en el aeropuerto de Barajas por accidente de un avión en la operación de despegue. Afectados 72 personas y 154 fallecidos (Pérez, 2008). Intervinieron más de 500 profesionales por la trascendencia social y mediática como suceso. Los trabajadores sociales del SAMUR Social y del servicio social de emergencia social de la Comunidad de Madrid, junto con los trabajadores sociales de Cruz Roja, fueron los primeros respondientes como respuesta social profesionalizada y altamente cualificada. El lugar de intervención fue la sala de AENA (Aeropuertos Españoles y Navegación Aérea) para atender en el propio aeropuerto a los familiares de los pasajeros del avión, también se utilizó el tanatorio provisional que se instaló en IFEMA, el hotel Barajas y el tanatorio de la Almudena. Las familias contaron con el apoyo y acompañamiento social de los trabajadores sociales, cuyas principales actuaciones fueron tareas de contención y apoyo emocional. Además realizaron gestiones de servicio de catering para familiares y personal interviniente, transporte, mediación y canalización de la información entre los equipos intervinientes de emergencia y los familiares de los afectados. A partir de la intervención de los profesionales de la salud, los profesionales de la atención psicológica y los profesionales de la intervención social se consiguió, desde los protocolos de actuación coordinada, proporcionar una respuesta global e integral a las víctimas del referido accidente.

Otro de los ejemplo de intervención social ante emergencias y urgencias sociales es el programa de atención social a las personas “sin techo” del Ayuntamiento de Barcelona, que se configuró con la idea de implementar un sistema de intervención de cara a tratar soluciones reales al problema de la pobreza en la ciudad de Barcelona. Se dirige a las personas sin techo que viven en situación inicial, avanzada o consolidada de pobreza y desarraigo social, fruto de un proceso de pauperización y de marginación. Los indicadores de una situación de desarraigo o de alto riesgo social suelen ser, sobre todo, el paro de larga duración, la soledad o la carencia de núcleo familiar primario, la

carencia de vivienda y otros. Los diferentes equipamientos del programa de atención social a las personas sin techo han permitido atender 2.083 durante el año 1995. Directamente en la calle se ha contactado a lo largo de un año 374 personas. Del total de la población indigente un 9,5% son mujeres y un 90,5% hombres. La edad media es de 44 años, siendo de 44,2 para los hombres y 41,6 para las mujeres. En cuanto al tiempo que hace que viven en la calle, se detecta que la media de tiempo en la calle de los usuarios es de 5,53 años. El 47,9 no tienen familia nuclear y el resto, solamente el 41%, mantienen relación, que en la mayoría de los casos se concreta en contactos telefónicos de forma no periódica. Los objetivos del programa es reducir las desigualdades sociales y territoriales, pretendiendo dar respuesta a aquellas situaciones individuales y/o familiares de exclusión social que se dan en la ciudad de Barcelona. El acceso a la población marginada sin hogar se hace por tres vías: por un lado los equipos de inserción social, por otro lado, la oficina permanente de atención social de urgencias a través del equipo de atención polivalente de urgencias y el teléfono 900 de urgencias sociales. También el centro de día Meridiana para PSH que pueden acceder directamente. El centro de primeras atenciones del colectivo PSH, se trata de un equipamiento residencial con 43 plazas de atención a las necesidades básicas (alimentación, higiene, alojamiento,...) además del tratamiento integral de las vertientes social, psicológica y sanitaria. Estos aspectos son abordados por un equipo profesional específico del centro: asistente social, educador, psicólogo, médico y enfermería (Sánchez, 1997).

Podemos decir que la intervención realizada en las emergencias expuestas a través de los profesionales del Trabajo Social, trata de facilitar una salida no traumatizada y normalizada de la situación de shock en la que se encuentran las personas que habían sufrido un acontecimiento vital, tal como es el fallecimiento de un familiar muy próximo, un accidente en el que se ha visto afectado como víctima o un profesional de la intervención en emergencias que requiere de atención en un momento dado.

### **3.3 EL SERVICIO SOCIAL DE ATENCIÓN A LAS EMERGENCIAS SOCIALES**

#### **3.3.1 Introducción**

Las diferentes emergencias generan problemas y necesidades diversas, entre ellas de carácter social. Los servicios de atención a las emergencias sociales son aquellos servicios cuya competencia supone la intervención social e integral de las situaciones de desprotección generadas de manera imprevista por una emergencia social.

En el siguiente apartado os mostraremos la actividad y las funciones de diversos servicios de atención a las emergencias sociales en España, haciendo visible la intervención de los mismos.

#### **3.3.2 El funcionamiento y organización**

A continuación describimos tres ejemplos de funcionamiento y organización de servicios de atención a las emergencias sociales en España como ámbito de intervención para los Servicios Sociales. Los tres servicios de Barcelona, Sevilla y Bilbao, serán descritos por su amplia trayectoria en intervención social de emergencia:

a) El servicio de emergencias sociales del Ayuntamiento de Barcelona (Ferrer, 2006, 2010, 2011), cuyo organismo responsable es el Departamento de Urgencias y Emergencias sociales, adscrito a la Dirección Ejecutiva del Área de Acción Social y Ciudadanía del Ayuntamiento de Barcelona. Como antecedentes de servicio de atención a las emergencias sociales, nombramos el primer Decreto de Alcaldía de 25 de noviembre de 2000, que significó una nueva orientación del servicio, creado en abril de 1978 con el fin de prestar alojamiento a los afectados. El servicio forma parte en la actualidad de los grupos de actuación que se incluyen en el Plan de Emergencias Municipal. Está ubicado en el Centro de Urgencias y Emergencias Sociales (CUESB). Es un equipamiento público, que tiene sus orígenes en la antigua Comisaría de Beneficencia de Barcelona desde que se asistía a las personas en situación de crisis

social: desalojos judiciales, menores extraviados, ancianos, etc. En relación al funcionamiento y operativa, el CUESB da servicio las 24 horas de los 365 días del año, teléfono de acceso al servicio mediante el 900 de urgencias sociales (Sánchez, 1997) y a través del 900 70 30 30, asumiendo de manera conjunta la atención de dos tareas claramente diferenciadas: servicio de urgencias sociales, que da respuesta a personas y familias que se encuentran en situación de crisis social grave y que precisan de una atención inmediata; servicio de emergencias sociales, ante una situación de siniestro en la ciudad o por activación de cualquier Plan de Emergencias Municipal (Plan de nieve y hielo, etc.), actúa en coordinación con otros servicios de emergencias: bomberos, GU de Barcelona, Servicio de Emergencias Médicas (SEM), etc. Con el fin de restaurar la normalidad lo antes posible. Detallamos a continuación funciones específicas del servicio: asegurar el suministro de alimentos y medicamentos en general a la población; avituallar a los grupos de actuación; preparar los lugares de acogida en caso de evacuación; colaborar con el grupo sanitario en la construcción de lugares de confinamiento; acoger a la población y su gestión: alojamiento, alimentación, atención psicosocial; coordinar sus actuaciones con otros grupos a través del Consejo Asesor y CECOPAL (Centro de Coordinación Operativo de Emergencias Municipales); informar al responsable de este grupo que forma parte del consejo Asesor; cumplir las órdenes procedentes del Consejo y CECOPAL; asumir la responsabilidad de mantenimiento y actualización de los recursos tanto propios como externos que les corresponda en cualquier Plan de Emergencias. En relación a la operativa de funcionamiento, se distribuye en unidades y servicios de intervención que a continuación detallamos: la unidad de recepción es el punto de acceso a la central. Todas las demandas son recibidas y atendidas por técnicos auxiliares en Servicios Sociales, supervisados por el coordinador o por un/una trabajador social. Incluye los servicios siguientes: servicio de información, servicio de primera acogida y central receptora de alarmas. La unidad de respuesta inmediata es el dispositivo de coordinación operativa de toda la actividad de la central y es atendida por trabajadores sociales y supervisada directamente por el coordinador de la central. Está integrada por: el servicio de asesoramiento y orientación, servicio urgente de valoración, diagnóstico y abordaje y servicio de emergencias sociales. El CUESB además de los trabajadores sociales, incorpora la figura del

psicólogo especialista en emergencias que ha de estar a disposición en caso que la intervención lo requiera. Las situaciones y circunstancias sociales que requieren la activación del servicio y que además proporciona atención psicosocial *in situ* a las personas afectadas, serían: siniestros en la ciudad (incendios, explosiones, inundaciones, etc.); activación de cualquier Plan Municipal de Emergencias en cualquier fase y nivel y activación del Plan de acción del Grupo Logístico Social. En definitiva, el servicio se activaría ante cualquier situación de urgencia social o emergencia social.

b) El servicio de emergencias sociales del Ayuntamiento de Sevilla (SES) (Real y Calabozo, 2012). El SES actualmente depende de la Delegación de Familia, Asuntos Sociales y Zonas de Especial Actuación del Ayuntamiento de Sevilla, bajo la coordinación de la Dirección de emergencias sociales. Como antecedentes, el SES nace el 30 de diciembre de 2010. Sus orígenes se remontan al CECOP (Centro de Coordinación Operativa) social creado en el año 2007 cuyo objetivo era dar respuesta a las situaciones de emergencia social que se producían en la ciudad. El funcionamiento y operatividad del SES, en relación a la intervención, el dispositivo es activado por el CECOP dependiente de la Delegación de Seguridad y Movilidad que recibe el aviso del 112. El equipo profesional de trabajadores sociales valora la situación de emergencia y da respuesta vía telefónica o bien se desplaza al punto de intervención para valorar *in situ* la situación y resolverla contando con los recursos existentes. Se encuentran operativos los 365 días del año las 24 horas del día. La intervención inmediata supone la valoración de la situación; la información, orientación y derivación al recurso social más adecuado; y la coordinación con otras administraciones y entidades sociales. Existe otra forma de activación del SES, ya que gracias al trabajo coordinado, otros servicios administrativos tienen la capacidad para dar un aviso cuando en el desempeño de sus funciones detectan una situación de emergencia social que deba ser atendida (policía nacional, policía local, sanitarios). Una vez que el equipo ha dado respuesta a la situación de emergencia, se lleva a cabo un seguimiento de la misma para cerciorarse que las medidas dispuestas han cubierto correctamente la necesidad del afectado y poder así cerrar el incidente enviando un informe de la actuación a los organismos correspondientes. Las actuaciones del SES son actuaciones centradas en la respuesta a la emergencia social: dos tipos de actuaciones, individual y colectiva. En la emergencia

individual el SES realiza funciones de suministro de alimentación, vestimenta y mantas; alojamiento de urgencia en pensiones o en el Centro de Acogida Municipal (CAM); cobertura de gastos de desplazamiento dentro y fuera de la ciudad; gastos de farmacia para medicamentos prescritos por facultativos médicos; y servicio de atención domiciliaria. En la emergencia colectiva el SES realiza funciones de apoyo social en las actuaciones que se llevan a cabo en los asentamientos y en las grandes emergencias, en coordinación con otros servicios municipales. Actuaciones centradas en la prevención de la aparición de la emergencia social. Se programan rutas de calle con colectivos de personas en situación de exclusión social y sin hogar y mujeres en situación de prostitución. Durante la actuación, el SES realiza una función de detección, enganche y derivación, así como una coordinación con otras administraciones y entidades sociales que trabajan con estos sectores poblacionales. Actuaciones centradas en el conocimiento de la realidad social de la ciudad de Sevilla. El SES lleva a cabo prospecciones en diferentes distritos y barrios para conocer cuál es la situación de las personas que se encuentran en situación de exclusión social y sin hogar. La recogida y sistematización de los datos es una poderosa herramienta que se utiliza tanto para realizar un seguimiento de todos los incidentes abiertos como para realizar un diseño adecuado de las actuaciones a realizar. Actuaciones en situaciones de alerta por temperaturas: estas actuaciones por bajada o subida de las temperaturas, son puestas en marcha directamente a través de la Delegación de Familia, Asuntos Sociales y Zonas de Especial Actuación en coordinación con los organismos oficiales correspondientes. Campaña de frío. En el periodo comprendido entre los meses de diciembre, enero y febrero. Se refuerza la intervención con las personas que se encuentran en situación de calle haciendo hincapié en aquellas PSH especialmente vulnerables (edad avanzada, problemas físicos y psicológicos), ofreciéndoles recursos tales como alojamiento en las 40 plazas de camas de campaña habilitadas en el CAM o en las 20 del Centro Miguel de Mañara o el reparto de mantas, bebidas calientes y alimentación para aquellas personas que no quieran hacer uso del recurso de alojamiento. También se realizan actuaciones de prevención consistentes en la elaboración y difusión de un folleto con los dispositivos de la campaña de frío y de aumento del número de rutas de calle programadas con el objeto de informar. Campaña de calor. En el periodo comprendido



entre los meses de julio y agosto, reforzándose la intervención con las personas que se encuentran en situación de calle y los más vulnerables, ofreciéndoles recursos de alojamiento durante las horas de más calor del día o en su caso bebidas frías y alimentación, con la intención de protegerles de un posible daño físico por calor. Actuaciones en situaciones de riesgo de aparición de emergencias: las grandes concentraciones de personas en lugares y fechas determinados son situaciones en las que aumenta la posibilidad de que ocurra una emergencia. En la ciudad de Sevilla hay dos periodos anuales en los que se produce esta situación: Semana Santa y Feria. En estos periodos el servicio cambia su ubicación habitual los días en los que se anticipa mayor afluencia de personas. Dado el aumento de población en esas fechas, se incrementa la previsión de plazas de alojamiento para poder dar una mejor respuesta si fuera necesario. Otras actuaciones: Ayuda a Domicilio. El SES tiene la capacidad de gestionar horas de ayuda a domicilio con carácter de urgencia que dan servicio a aquellos afectados que las necesiten. Esta prestación no depende de donde se encuentre alojado el usuario, es decir, se ofrece tanto en recursos públicos de alojamiento como en plazas hoteleras. Las horas del SAD tienen un carácter emergencista con una temporalidad claramente marcada. Mediación. Desde diversos dispositivos se ha requerido la presencia del SES para realizar intervenciones de mediación en situaciones de diversa índole (familiar, intergeneracional, vecinal...). El objetivo en estas situaciones es conocer el conflicto concreto que genera malestar y la perspectiva de ambas partes, intentando integrarlas de tal forma que las relaciones entre ambas puedan seguir su curso de una manera más constructiva.

c) El servicio de emergencias sociales del Ayuntamiento de Bilbao (Duque, 2006; Duque y Murguía, 2011). El Servicio Municipal de Urgencias Sociales (SMUS) se encuentra adscrito al Área de Acción Social del Ayuntamiento de Bilbao. Está integrado en el programa denominado Acción Social de Base, servicio de titularidad pública cuya gestión se contrata a través de concurso público (prestación de servicios). La supervisión y coordinación técnica del programa denominado Acción Social de Base depende orgánicamente del subdirector del Área de Acción Social. En lo referente al seguimiento y cumplimiento de los términos del contrato depende de la Subárea de Atenciones Generales. Como precedente importante, tenemos las inundaciones de

agosto de 1983, citadas anteriormente. En este contexto marcado por la emergencia y la necesidad de intervención urgente, el Ayuntamiento de Bilbao, procede a la contratación de 8 trabajadores sociales. En julio de 1999, decide complementar su red de Servicios Sociales de Atención Primaria, poniendo en marcha el SMUS. El servicio presta atención durante todas las horas del día y todos los días del año. Se accede telefónicamente pero no por el 112 sino con el número 94 470 14 60. A través de la carta de servicios de “gestión municipal en situaciones de emergencia” ofrecen al lector, una visión global de la metodología y la intervención del servicio. Los SMUS son activados por el Centro Coordinador de la policía municipal. La movilización de medios personales se realiza según el *Procedimiento: Actuación del centro coordinación SMUS en situaciones de emergencias ordinarias*. Durante la intervención *in situ* la OUEP (Oficina para el Uso del Espacio Público) asume la provisión de medios materiales para cobertura inmediata y centraliza la información a aportar a las personas sobre el discurrir de la emergencia. El SMUS, valora las necesidades de índole social y presta apoyo en la localización de familiares, contacto con la red social, obtención de medicamentos a través de centros de salud y se ocupa de procurar alojamiento alternativo breve para aquellas personas que no pueden volver a su domicilio habitual y carecen de alternativas al respecto por medios propios, establecido en el *Procedimiento: prestación de alojamiento alternativo en situación de emergencia*. Desde el SMUS se emite informe de la intervención realizada y sobre el estado en que se encuentran las personas afectadas y lo traslada a las Áreas Municipales implicadas y al servicio social de base correspondiente. El apoyo a las personas por el SMUS prosigue hasta el término del alojamiento alternativo facilitado por el Área de Acción Social. En la atención integral a mujeres en situación de violencia de género o de conflictividad conyugal, el SMUS junto con la policía municipal, la cual activa el servicio, ofrece apoyo psicosocial inmediato: contención emocional, información sobre recursos y prestaciones sociales específicas, apoyo a la denuncia, gestión de entrada en centro protegido, acompañamiento, etc. Existe una coordinación entre SMUS y Servicios Sociales de Base (SSB), regulada por el *Protocolo de intervención coordinada SMUS y SSB*. Este Servicio es quien adopta en último término la decisión sobre la necesidad de dar continuidad a la prestación de recursos. De todas las intervenciones de urgencia, se

emite un informe que se traslada al SSB que corresponda, donde el coordinador da prioridad y lo valora en un plazo máximo de cinco días. En mayo de 2007 se establece el *Procedimiento de actuación coordinada entre la policía municipal y el Servicio Municipal de Urgencias Sociales*. A continuación se describen las situaciones objeto de intervención por el SMUS previo aviso de la policía municipal y sus protocolos: Situaciones de pérdida y/o desorientación en: personas mayores, menores, discapacitados psíquicos, personas con enfermedad mental, personas sin techo. Situaciones de desprotección y/o abandono en: personas mayores, menores (mendicidad, detención de progenitores...), discapacitados psíquicos, personas con enfermedad mental, personas sin techo. Situaciones de soledad sobrevenida en: personas dependientes, como por ejemplo persona con Alzheimer cuidada por su marido/hijo y éste tiene un accidente o es retenido por la policía y la persona mayor queda sola. Situaciones de violencia de género. Situaciones de emergencia social: situaciones provocadas por un hecho imprevisible como incendios, accidentes, derrumbamientos, inundaciones, explosiones y otros de naturaleza similar. Otras situaciones de difícil precisión por su excepcionalidad y/o imponderabilidad, que requieran de una intervención inmediata, sobre todo las situaciones donde existe especial vulnerabilidad y exclusión social. Los protocolos de intervención del SMUS son los siguientes además de los citados anteriormente: Proceso de actuación PEMU (Proceso de Actuación en Emergencias Ordinarias y Grandes Emergencias). Protocolos del Programa de acceso a necesidades elementales (alojamiento, alimento y vestido). Protocolo de actuación integral en situaciones de violencia de género (carta de servicios). Protocolo de actuación en MENAS (Menores Extranjeros no acompañados). Protocolo de actuación para el DAI (Dispositivo de Alojamiento Invernal). Protocolo de Acceso de Urgencia al Programa de convalecencia para PSH. Procedimiento de Sepelio Social.

Podemos concluir el apartado nombrando las características comunes de los tres servicios citados: servicios públicos de atención a las emergencias sociales las 24 horas y los 365 días del año, en los que la figura profesional es el trabajador social como referente. El acceso al servicio, solo el SES de Sevilla es a través del 112, el CUESB y el SMUS se accede por otros teléfonos dependientes del ayuntamiento en cuestión

(policía municipal, etc.). Cabe señalar la figura del psicólogo emergencista que incorpora el CUESB a su servicio de emergencias sociales como parte del equipo. Por último, el SMUS de Bilbao utiliza unos protocolos de intervención para cada una de las situaciones tipificadas.

### **3.3.3 El SAMUR Social de Madrid y el SAUS de Valencia**

A continuación exponemos los dos servicios de atención a las emergencias sociales que forman parte del estudio de la presente tesis. En primer lugar detallaremos el Servicio de emergencias sociales de la ciudad de Madrid, conocido como SAMUR Social, modelo consolidado desde junio de 2004 y pionero en Europa, siendo un servicio que nos ha abierto las puertas para extenderlo a la ciudad de Valencia tras su análisis y descripción. En segundo lugar, describiremos el Servicio de Atención a Urgencias Sociales y Apoyo y Colaboración en Emergencias de la ciudad de Valencia, conocido como SAUS, modelo consolidado desde el 15 de septiembre de 2011.

Los recursos que ofrecen los servicios para dar respuesta a las necesidades sociales y emergencias, los detallaremos en el apartado específico del capítulo 4.

a) El SAMUR Social de la ciudad de Madrid (Pérez, 2008, 2009, 2011; Ayuntamiento de Madrid, 2012; Dirección General de Igualdad de Oportunidades, 2013).

El Ayuntamiento de Madrid asume entre sus competencias la atención a las emergencias sociales y a las PSH en el marco de la red municipal de Servicios Sociales que se desarrollan en la ciudad de Madrid. La empresa gestora adjudicataria es grupo 5.

Como precedente del servicio nombramos al SITADE puesto en marcha en 1989 resultado de la iniciativa conjunta de colaboración entre el Ayuntamiento de Madrid y la Comunidad de Madrid. El servicio de atención a la emergencia social individual, colectiva y gran emergencia o catástrofe: SAMUR Social, se puso en funcionamiento en la ciudad de Madrid en junio de 2004, atendiendo a todos los ciudadanos de Madrid

(residentes y no residentes) que presentan una necesidad social producida por una situación de emergencia. Por otra parte, el SAMUR Social asume la atención especializada de PSH que se encuentran en las calles de Madrid. El Plan Estratégico de Servicios Sociales (2001-2003) señalaba la necesidad de reforzar y consolidar un dispositivo especializado en emergencias sociales en el ámbito de la Comunidad de Madrid. El servicio funciona los 365 días del año y está operativo las 24 horas del día. Se encuentra integrado en el sistema de emergencias de la ciudad de Madrid a través del 112 y por medio de diferentes protocolos establecidos con otros servicios de emergencia de la ciudad de Madrid (SAMUR PC, bomberos, policía nacional y SUMMA-112,...). En el año 2004 comenzó un proceso de colaboración entre el 112 de la Comunidad de Madrid y el servicio social de emergencia social del Ayuntamiento de Madrid. El proceso culminó en el mes de octubre donde el SAMUR Social quedó integrado como uno de los dispositivos y/o agencia, -según terminología utilizada por el 112-, al que desde ese momento se proceden a derivar las diferentes situaciones de emergencia social que llegarán a dicho teléfono único de emergencias. Sin lugar a dudas, la integración del SAMUR Social en el 112 supuso un importante esfuerzo por objetivar, a partir de este momento, las situaciones de emergencia social, las cuales, por sus características, presentan en muchos casos un importante perfil subjetivo. Nombramos situaciones de necesidad social que generan la activación del servicio (ver tabla 8): pérdida/desorientación, abandono, situaciones de violencia doméstica y malos tratos, situaciones de soledad sobrevenida, situaciones de mendicidad, situaciones de pérdida de autonomía y situaciones de intervención social.

Los objetivos del SAMUR Social como servicio de atención a las emergencias sociales son los siguientes: Intervenir en todas aquellas situaciones de emergencia social, tanto individuales como colectivas, producidas en la vía pública, en domicilios particulares o cualquier otro lugar del municipio. Intervenir de forma coordinada en grandes emergencias con otros servicios de respuesta en emergencias. Atender las urgencias sociales que, por razones de horario o especificidad de la urgencia, no pueden ser atendidas por los Servicios Sociales de Atención Primaria. Atender a las PSH que se encuentran en las calles de Madrid.

A continuación exponemos la pantalla del programa de activación al SAMUR Social (tabla 9) según las diversas situaciones de necesidad de atención ante una emergencia social por el 112, entre las cuales se encuentran la entrega anónima de niño en adopción, menor que precisa atención/soporte médico, abandono/desamparo, mendicidad de menores, petición de albergue/alojamiento, situación de indigencia/mendicidad (solo adultos), soledad sobrevenida a persona dependiente, petición de intervención social y petición de traslado a recursos sociales cursada por la agencia (SAMUR PC, policía, Servicios Sociales, etc.). En la tabla 9 se muestra la pantalla de activación del SAMUR Social a través del 112 de la Comunidad de Madrid.

Tabla 9. Pantalla de activación del SAMUR Social a través del 112 Comunidad de Madrid.

Tipificación	EMERGENCIA SOCIAL	Singularidad	Idioma	Español
ENTREGA ANÓNIMA DE NIÑO EN ADOPCIÓN	<input type="checkbox"/>			
EL MENOR PRECISA ATENCIÓN / SOPORTE MÉDICO	<input type="checkbox"/>			
ABANDONO / DESAMPARO	<input type="checkbox"/>			
MENDICIDAD DE MENORES	<input type="checkbox"/>			
PETICIÓN DE ALBERGUE / ALOJAMIENTO	<input checked="" type="checkbox"/>			
		PETICIÓN DE INTERVENCIÓN SOCIAL CURSADA POR LA AGENCIA		<input type="checkbox"/>
		SITUACIÓN DE INDIGENCIA / MENDICIDAD (SÓLO ADULTOS)		<input type="checkbox"/>
		SOLEDAD SOBREVENIDA A PERSONA DEPENDIENTE		<input type="checkbox"/>
		PETICIÓN DE TRASLADO A RECURSOS SOCIALES CURSADA POR LA AGENCIA		<input type="checkbox"/>

Fuente: Centro de Emergencias 112 de la Comunidad de Madrid.

Entre los programas específicos en situación de vulnerabilidad, cabe mencionar el programa dirigido a atender a mayores de 65 años que viven solos en el municipio de Madrid, esta situación de soledad viene acompañada, en muchos casos, de aislamiento social, desnutrición, abandono personal, mal estado de la vivienda, etc., que a veces deriva en situaciones difíciles y extremas. El programa de mayores en riesgo busca intervenir con aquellas personas que se encuentran en dicha situación que supone un estado de desprotección social y familiar, pero que aún se mantienen en su domicilio. En estos casos, es necesaria una intervención inmediata para garantizar una respuesta integral y estable a su situación de riesgo social y personal, la cual, en gran parte de las intervenciones se concreta en el ingreso involuntario en una residencia para personas mayores. Durante el año 2013 se realizaron un total de 840 asesoramientos sobre 413 casos. Como resultado de dicho asesoramiento, se han abierto, a lo largo del año 2013 un total de 327 expedientes.

Según la Memoria de actividades del Área de Gobierno de Familia, Servicios Sociales y participación ciudadana de 2012 y 2013, fueron valorados 228 casos en el 2012 y 349 casos en el 2013 de procedencia del SAMUR Social en el programa de atención a la vulnerabilidad.

El programa de mayores en riesgo se dirige a dos colectivos específicos con los siguientes perfiles: Persona mayor en situación de riesgo. Se trata de personas mayores de 65 años, que viven solas y carecen de apoyo familiar. Suelen rechazar los servicios de atención social y en muchos casos, presentan problemas de salud mental e importantes limitaciones en su autonomía. Otro de los perfiles es la PSH mayor de 60 años. Supone uno de los perfiles más específicos de este colectivo social. Son personas que viven en la vía pública y se niegan a recibir atención social y sanitaria. Presentan un elevado grado de deterioro psíquico y físico, se definen, en el marco de la red de atención a PSH como ancianos prematuros que presentan un alto nivel de deterioro psicosocial, sanitario y con un gran desarraigo.

Otro de los programas específicos del servicio es el de la mendicidad infantil, se trata de situaciones de desprotección social que se producen y en las que están presentes menores, constituyendo una de las situaciones manifiestas de desamparo y abandono. Por ello, el SAMUR Social desarrolla un procedimiento específico con dicho colectivo social. Con fecha 5 de mayo de 2005, se suscribió un protocolo general de colaboración para la erradicación de la mendicidad infantil en el municipio de Madrid, entre la Comunidad de Madrid (Consejería de Familia y Asuntos Sociales) y el Ayuntamiento de Madrid (Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales y el Área de Gobierno de Seguridad y Movilidad). Las partes implicadas actúan conjunta y coordinadamente y realizan cuantas intervenciones de carácter general sean necesarias para erradicar la mendicidad infantil en el municipio de Madrid y se comprometen a aunar sus esfuerzos para la realización de las siguientes actuaciones: detectar los casos de mendicidad infantil; facilitar a las familias los recursos existentes para paliar la situación de necesidad que origina esta práctica; incorporar a los menores en los centros educativos; efectuar un seguimiento específico de estos menores y sus familias; ejercer la tutela en caso de desamparo manifiesto. La

metodología de intervención supone la valoración conjunta de estas situaciones a través de entrevista con el menor y la familia, en la que junto a la policía municipal siempre está el trabajador social del SAMUR Social. Las actuaciones pertinentes tras esta valoración pueden suponer: localización de familiares, información, orientación y facilitación de los recursos sociales existentes; coordinación con los Servicios Sociales de Atención Primaria o proyectos específicos de atención a inmigrantes, u otros servicios desde donde intervendrán siguiendo sus propios protocolos; traslados del menor a centros sanitarios, domicilio de familiares, centro de primera acogida u otros recursos, según la situación; propuesta de tutela del menor en caso de desamparo (Comisión de Tutela del Menor y/o Ministerio Fiscal); a través del Grupo de Seguimiento del acuerdo para la atención a las situaciones de mendicidad, SAMUR Social, policía municipal, SAMUR PC y Comisión de Tutela del Menor se analiza la situación de los menores, familiares, actuaciones de los diferentes servicios y se elaboran propuestas de mejora.

El *Programa Municipal de Atención a PSH*, tiene como principal objetivo, la atención social de las mismas y se concreta en las siguientes actuaciones: desarrollar la atención social en la propia calle a las PSH que suelen rechazar la red de recursos de acogida; proporcionar las prestaciones básicas de alojamiento, manutención, aseo, a las PSH que acceden a la red especializada de atención; garantizar la atención y el acompañamiento social con el fin de articular y posibilitar programas individualizados de intervención; incrementar y reforzar la respuesta asistencial cuando las condiciones climatológicas constituyen un factor que puede agravar las situaciones personales de las personas que suelen rechazar la atención en la red estable de atención a las PSH; proporcionar una respuesta múltiple y diversificada a los diferentes perfiles y necesidades de este complejo colectivo social, adoptando recursos que pueden ir desde la baja exigencia hasta la exigencia máxima en aquellos casos que tienen todas las capacidades de incorporación social; articular oportunidades de inserción social y laboral, a través de la prestación de alojamiento en contextos más normalizados y que se complementan con programas de inserción laboral. Mayoritariamente está constituido por hombres (80%) y se encuentran en una media de edad de unos 42 años. Con



dificultades de incorporación laboral debido a su baja cualificación o bien, por padecer algún problema de salud que limita sus capacidades físicas y/o psíquicas.

Por último, nombrar la campaña de frío como otro de los programas específicos del servicio, que constituye una de las actuaciones más significativas de las que se desarrollan en el marco del *Programa Municipal de Atención a PSH*. Su trascendencia e influencia en el funcionamiento en la red de Servicios Sociales es considerable. Los objetivos de la campaña de frío son los siguientes: incremento de la capacidad de acogida; puesta en marcha de nuevos dispositivos; incremento de la intervención en calle con las PSH con mayor grado de desarraigo y exclusión; favorecer el establecimiento de un trabajo coordinado y en red entre el Ayuntamiento de Madrid y las entidades de la iniciativa social. Durante la campaña se proporciona apoyo y refuerzo desde todos los centros de atención de la red municipal de Atención a PSH. La campaña de frío tiene una duración de 127 días, desde el 25 de noviembre hasta el 31 de marzo de cada año. El balance de la campaña municipal contra el frío 2013-2014 fue el siguiente por el SAMUR Social: 616 intervenciones.

A continuación ofrecemos los datos de actividades desarrolladas en los últimos años por el servicio, para ello se presentan algunos datos generales de atención en el año 2013 según consta en la memoria:

En el año 2013, se han recibido en la central del SAMUR Social 51.980 llamadas, de las cuales, 161 fueron diarias en los meses de la campaña de frío. Los sectores de población de las atenciones telefónicas fueron el 64% PSH, 6% población inmigrante, 11% mayores, 4% familias, 1% menores y 13% el resto de la población. El mayor número de llamadas fue en el turno de mañana con un 38%, lo que supone un total de 19.753 llamadas en dicho turno muchas de las cuales están referidas a solicitud de información y gestiones. Le siguen 17.673 (34%) durante el turno tarde y la cantidad de 14.554 (28%) llamadas en la noche. En estos dos turnos, las llamadas están más relacionadas con la demanda de intervención. Las unidades móviles atendieron un total de 8.134 personas, el 49,84% de intervenciones fueron con PSH y cabe destacar un importante número de intervenciones con las personas mayores 2.001

(16,59%). Los equipos de calle atendieron a un total de 1.215 personas distintas y un total de 36.533 intervenciones con PSH, esto supone una media de atención por usuario de 30,6 intervenciones por usuario/año. Se intervino en 62 emergencias colectivas durante el 2013, de las cuales 39 fueron incendios, 9 derrumbamientos de edificios, 1 inundación, 4 desalojos y 9 clasificados como otros. En 2013 no se produjo ninguna gran emergencia o catástrofe, por lo que no activaron el protocolo que consiste en movilizar recursos, realizar labores de apoyo emocional y psicosocial, acompañamiento, localización de personas, facilitar las prestaciones necesarias para cubrir las necesidades básicas tanto a afectados como a familias. Se realizaron 672 ayudas económicas con un importe total de 127.038,83 €. Atendieron en la Unidad de Estancias Breves (UEB) a 1.713 personas, 67 en plazas de hoteles y 112 en el centro de acogida para mujeres, 70 han sido mujeres y 42 menores. El 45.7% de las mujeres venían acompañadas de sus menores y el 54,3% venían solas.

b) El SAUS de la ciudad de Valencia.

Exponemos a continuación la experiencia del Ayuntamiento de Valencia en PSH y en atención social de urgencias en la ciudad de Valencia (Camús, 2012; Ayuntamiento de Valencia, 2012).

Desde la década de los ochenta, el Ayuntamiento de Valencia, atendía el colectivo de PSH desde una unidad técnica específica de transeúntes; consciente de la necesidad de una atención integral e integradora así como la ampliación de nuevas líneas de política social plantea en 1995 la puesta en marcha de un programa polivalente de atención a personas sin techo, creando el Centro de Atención Social a Personas Sin Techo (CAST), para atender al colectivo de personas sin techo y una diversidad de perfiles: personas con problemática de adicción a opiáceos, alcoholismo crónico, patología mental en muchos casos sin control facultativo, temporeros, problemática variada del colectivo de la tercera edad, problemática variada con población extranjera, personas afectadas por un paro de larga duración, menores en riesgo, etc. A su vez, se aprovecha la experiencia y conocimiento en materia de problemas sociales de los agentes de policía y barrio y la infraestructura de la policía local junto con técnicos de

los Servicios Sociales y técnicos de Cáritas Española y otras asociaciones con experiencia en temas sociales, como son San Juan de Dios, Casa de Amigos, Proyecto Hombre, Cruz Roja y otras, creándose el equipo X4 de la policía local. Las funciones de este grupo son las siguientes: la detección en la calle de personas que integran estos colectivos, la elaboración de ecomapas en los que se pueda situar las agrupaciones de especial relevancia de estos colectivos, la información a las personas de la existencia de recursos adecuados a sus necesidades, aquellas otras labores que como Unidad de Mendicidad Infantil han venido prestando hasta el momento, el acompañamiento de aquellas personas que por su situación formen parte de alguno de estos colectivos y que por su situación en la calle pudieran constituir un peligro para otros y/o para ellos mismos, la operación frío: colaboración con los Servicios Sociales y detección en las noches con climatología adversa, noches con baja temperatura, lluvia, etc. de personas sin techo que pernoctan en vía pública, ofreciéndoles cobijo en locales adecuados para ello, siempre con la voluntad del individuo, colaboración en la localización de personas desaparecidas y apoyo a CMSS.

El equipo X4 de la policía local, trabaja en estrecha coordinación con el CAST, donde las PSH que voluntariamente accedan al programa, son entrevistados por técnicos sociales, abriendo expediente y resolución de la situación de necesidad social. Según la Memoria de Bienestar social de 2012 y 2013, el total de atenciones de 2012 por el CAST fueron 3.814, de las cuales fueron personas extranjeras el 33.2 % (1.269) y un 66.8% (2.545) personas españolas. Los meses de mayor número de atenciones fueron febrero: un total de 10.3% (394), enero: un total de 9.9% (376) y marzo: un total de 9.3% (355). La media de edad de las personas atendidas por el CAST fueron: de 18 a 30 el 13.1 % (131), de 31 a 40 el 23.6% (235), de 41 a 50 el 31.8% (317), de 51 a 60 el 21,7% (216) y mayor de 60 años el 9.8% (98). En 2013 hubieron 3.403 atenciones, 68,4% de nacionalidad española.

En Valencia, el 15 de septiembre de 2011, nace el Servicio de Atención a Urgencias Sociales y Apoyo y Colaboración en Emergencias de la ciudad de Valencia, conocido como SAUS, a través de un concurso público por el servicio de contratación

del Ayuntamiento de Valencia, posicionándose en primer lugar la Fundación RAIS como empresa gestora.

El SAUS es un servicio del Ayuntamiento de Valencia que ofrece atención, orientación e intervención psicosocial inmediata entre sus prestaciones en aquellas situaciones de crisis o urgencia social que generan una situación de desprotección en los ciudadanos, y que no puede ser atendida en los circuitos ordinarios de los Servicios Sociales de Atención Primaria por producirse fuera de su horario de atención. Actúa en aquellas situaciones de crisis provocadas por hecho inesperado que precisan de una intervención y soporte psicosocial inmediato dentro del municipio de Valencia. Las situaciones y los colectivos que serían objeto de intervención por parte del SAUS son las siguientes: pérdidas de la autonomía funcional: mayores de 65 años, personas con enfermedad mental en situaciones de urgencia, personas con discapacidad, personas con enfermedad mental, violencia de género/situaciones de violencia intrafamiliar/maltrato: mujeres, menores, mayores de 65 años, personas con discapacidad, atención a personas en tránsito o sin hogar en situación de urgencia social: PSH o en tránsito en situación de urgencia social (las situaciones cronicadas que no se encuentren en una situación de urgencia no serán beneficiarias del SAUS), pérdidas repentinas de alojamiento (desalojos, incendios, derrumbamientos...): toda la población, atención de abandonos: menores, personas mayores de 65 años, personas con discapacidad, mayores en riesgo por situaciones de soledad sobrevenida: mayores dependientes con pérdida repentina del cuidador no profesional, intentos de suicidio y contención familiar del episodio: toda la población, actuación ante fallecimientos y atención a familiares desde la urgencia social: toda la población, soporte para la comunicación de malas noticias: toda la población y colaboración en atención a emergencias a través de los Planes de Emergencia Municipales a toda la población.

Entre los procedimientos de los que dispone el servicio, encontramos los siguientes: procedimiento de pérdida repentina de alojamiento, procedimiento de desalojo de asentamientos, procedimiento de desalojo por vía de urgencia, pérdida de la autonomía funcional, cobertura de necesidades básicas, prestación de alojamiento,

prestación de manutención, ayudas directas, abandonos, violencia de género, atención a personas en tránsito, intento de suicidio, atención a PSH en situación de urgencia social, campaña de frío, fallecimiento y rutas de calle.

La activación del servicio se realiza a través de policía local (092), patrulla X4 o la propia Concejalía de Bienestar Social e Integración. Para la colaboración en emergencias la activación será siempre a requerimiento del responsable del Plan de Emergencia Municipal. Desde noviembre de 2013, los servicios sanitarios (hospitales y centros de salud) pueden activar el SAUS a través de un teléfono directo en el siguiente horario: lunes a jueves: de 19:30 horas hasta las 8:00 horas del día siguiente, viernes y fines de semana: desde las 15:00 horas del viernes hasta las 8:00 horas del lunes y festivos: 24 horas. En periodo estival, Pascua y Navidad, el horario se amplía desde las 15:00 horas hasta las 8:00 horas del día siguiente.

El servicio dispone además de un documento de activación desde el Sistema Sanitario, coordinando la actuación del servicio con centros hospitalarios.

En relación al seguimiento y evaluación del servicio, el SAUS, a través de la empresa adjudicataria, está sometido a un procedimiento de gestión de calidad definido por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM). Cuenta por tanto, con seguimiento de la actividad, indicadores para valorar el funcionamiento del servicio y evaluación de resultados. Estos datos son recogidos en informes mensuales y en memorias anuales.

Entre las cifras de actividad del SAUS según la Memoria del Servicio de Bienestar Social e Integración de 2013, fueron atendidos 401 usuarios, 202 mujeres (50,4%) y 186 hombres (46,4%), un total de 13 (3,2%) se desconoce. La nacionalidad fue de 258 españoles (64,3%), 11 (27,7%) extranjeros y 32 (8%) se desconoce. Según la intervención: 49 personas en tránsito, 71 información y orientación, 16 campaña de frío, 76 PSH en urgencia social, 68 no autonomía funcional, 5 ruta de calle, 19 episodios de violencia, 17 menores desprotegidos, 1 incidencia en vivienda municipal, 12 desalojos

urgentes, 14 mediación, 1 caídas personas mayores, 10 fallecimientos, 17 traslados programados, 2 intentos de suicidio y 23 seguimientos programados.

Para finalizar el apartado diremos que el SAMUR Social de Madrid y el SAUS de Valencia son servicios que protegen a los ciudadanos ante situaciones de emergencia social, ofreciendo una intervención profesional según las necesidades valoradas.

### 3.4 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

La vulnerabilidad, la exclusión, la pobreza y la crisis económica, suponen horizontes explicativos de atención socio-sanitaria, situaciones que favorecen emergencias y que requieren de protección a cualquier hora del día y en el lugar donde se producen.

La emergencia social se caracteriza por generar situaciones objetivas de desprotección social, donde la/s persona/s se encuentra/n de forma repentina sin medios personales, familiares y sociales de apoyo para dar respuesta a sus necesidades sociales más básicas, como la necesidad de información del suceso ocurrido, del procedimiento a seguir y de los recursos disponibles, necesidad de localización y agrupamiento familiar, necesidad de apoyo psicosocial, necesidad de traslado, necesidad de alojamiento, necesidad de alimentación y necesidad de atención de otros intervinientes y profesionales.

El papel del trabajador social ante las situaciones de emergencia, requiere una evaluación previa de necesidades, una aproximación diagnóstica y una atención en el mismo escenario donde se ha producido el incidente, es decir, *in situ*. Además, junto al psicólogo y los profesionales de la emergencia sanitaria (SAMU, SAMUR PC, SUMMA-112, etc.) hacen una intervención integral biopsicosocial.

Para finalizar diremos que hay muchas ventanas abiertas y muchas áreas en las que profundizar en futuras investigaciones en el campo de la intervención en emergencias sociales, pero algo empieza a moverse en este campo, en el que hay que

sumar todos los esfuerzos e ideas posibles sin perder el objetivo último: el bienestar individual y comunitario de todas las personas que se ven sacudidas por estos eventos.





**CAPÍTULO 4**

**LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y RECURSOS  
SOCIO-SANITARIOS QUE DAN RESPUESTA  
A LA EMERGENCIA SOCIAL**



Las situaciones de emergencia crean muy diversos problemas en diversos sistemas: en el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad. En cada uno de esos niveles, las emergencias erosionan los recursos de protección de la persona, acrecientan los factores de riesgo y hacen que aparezcan numerosos tipos de problemas nuevos y tienden a agravar problemas ya existentes de injusticia social y desigualdad (IASC, 2007).

Según la *Guía Técnica de la Dirección General de Protección Civil y Emergencias* (2012), el vivir un acontecimiento traumático que represente un peligro real para la propia vida o la de los demás (desastres naturales, incendio, accidentes de tráfico) provoca una serie de reacciones psicológicas como: temor, miedo, malestar psicológico intenso o ansiedad. Además no debemos de olvidar que las emergencias son repentinas, imprevistas y producen o pueden producir graves consecuencias humanas y materiales, como es el caso de las catástrofes (el atentado terrorista de Nueva York sobre las Torres Gemelas).

La realidad evidencia que no es fácil encontrar una situación de emergencia (de cualquier nombre), en cualquiera de sus fases, en la que exclusivamente intervenga un profesional de una única disciplina, y esto sucede porque la situación requiere resolver problemas de índole diversa.

Si bien es difícil encontrar consenso a la hora de definir determinados conceptos, hay elementos comunes que los caracterizan. El quehacer diario, la experiencia y los estudios científicos son tres herramientas que pueden contribuir al enriquecimiento conceptual en un campo complejo y que, como tal, requiere el concurso de diversas disciplinas llamadas a entenderse en la consecución de un objetivo común: atención a las emergencias desde la perspectiva integral biopsicosocial y a través de los servicios de atención a las emergencias: sanitarios, sociales, psicológicos, de seguridad, etc.

El siguiente capítulo presenta cuatro apartados. En el primero de ellos, describiremos los efectos de las emergencias sobre el bienestar biopsicosocial del afectado y de los propios intervinientes; a continuación mostraremos la intervención

psicosocial en emergencias sociales y situaciones críticas; continuaremos con el tercer apartado, donde detallaremos la atención en urgencias y emergencias médicas extrahospitalarias, coordinación socio-sanitaria y procedimientos de intervención; y terminaremos el capítulo con el apartado de recursos socio-sanitarios que dan respuesta a la emergencia social, donde reflejaremos los recursos de los servicios objeto de estudio de la presente tesis como servicios de atención a la emergencia: SAMUR Social de Madrid, SAUS Valencia, SAMUR PC de Madrid y SES-SAMU Comunidad Valencia-Valencia.

El objeto del presente capítulo es ofrecer los recursos que dan respuesta a las necesidades que genera una emergencia, además de la importancia de una atención integral biopsicosocial de los servicios de atención a las emergencias al ciudadano, ya sean servicios sanitarios o sociales como primeros intervinientes. Recordemos que las emergencias son situaciones imprevistas que pueden surgir en cualquier momento y a cualquier hora, haciendo visible las necesidades de la situación de la emergencia: un accidente de tráfico en la ciudad con muerte traumática, donde la atención sanitaria juega un papel importante por salvar la vida, la atención social o psicológica para atender a la familia del afectado o posibles víctimas del mismo accidente, la atención de la policía para crear un ambiente de seguridad a los intervinientes y a los ciudadanos, los cuerpos de rescate de bomberos para extricar del vehículo a las víctimas atrapadas del accidente, etc. La atención multiprofesional y coordinada en la emergencia supone un reto de eficiencia para el futuro, protegiendo al afectado de la situación inesperada y que ha alterado su vida, pudiendo ser un acontecimiento vital estresante y que requiere de una prevención de posibles traumas futuros, suponiendo la intervención psicosocial la piedra angular en la emergencia social.

#### **4.1 LAS EMERGENCIAS Y SUS EFECTOS SOBRE EL BIENESTAR BIOPSIICOSOCIAL**

A partir del concepto de emergencia (ver anexo 1) que genera desprotección, afectando y comprometiendo las capacidades personales y favoreciendo procesos de vulnerabilidad social y de riesgo social, podemos enumerar los rasgos que caracterizan a este tipo de situaciones (Arricivita, 2009): son hechos imprevistos, alteran la rutina diaria de la/s persona/s directamente afectada/s y de sus redes de apoyo o de la/s colectividad/es a la/s que pertenece (grupo, barrio, pueblo, ciudad o país), tienen consecuencias negativas, por supuesto, son indeseables, requieren respuestas inmediatas y coordinación desde diversos especialistas en el ámbito de la emergencia (sociales, sanitarios, de rescate, etc.), y pueden ser de índole individual, colectiva o gran emergencia o catástrofe influyendo directamente en la capacidad de respuesta.

Los problemas que se pueden esperar ante las emergencias son muy diversos, desde problemas de seguridad (caos en el tráfico, etc.), hasta sanitarios (quemaduras, etc.), o de logística (escasos o nulos medios de transporte, etc.), personas atrapadas, incendios, etc. También, problemas y necesidades de carácter social o individual: muerte de seres queridos, ausencia de red familiar próxima, pérdida temporal o definitiva de vivienda y necesidad de realojo, necesidades de aseo e higiene, necesidades de agua y alimentos, necesidad de ropa, desprotección física ante circunstancias meteorológicas adversas (frío o calor), necesidad de trabajo y medios económicos, soledad sobrevenida, desaparición de personas, etc.

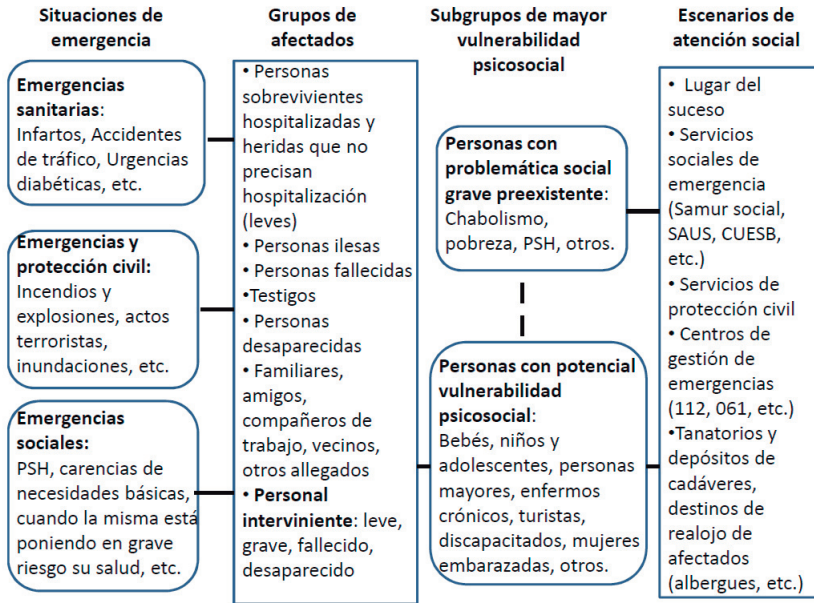
Habitualmente se habla de tres tipos de emergencias: a) las catalogadas como riesgos en los Planes Territoriales y Especiales de Emergencia y Protección Civil, de diversa tipología (inundación, atentado terrorista, terremoto, accidente, etc.) que pueden comprometer la esfera física, psicológica o social de los afectados. b) las emergencias sanitarias (infarto, ACV, insuficiencia respiratoria aguda, crisis psiquiátrica, TCE, etc.), donde el núcleo del problema es de carácter físico o psíquico. c) las emergencias sociales propiamente dichas (abandono de personas vulnerables, PSH, soledad

sobrevvenida a persona dependiente, etc.), cuyo foco se encuentra en la problemática social.

*“Cualquiera de las múltiples situaciones contempladas en cada uno de los tres grupos es, en potencia, generadora de problemas sociales y, consecuentemente, puede ser valorada, diagnosticada y tratada desde el punto de vista social”* (Arricivita, 2013: 58). Así mismo, para el trabajador social en emergencias, uno de los escenarios propiamente dicho es el mismo lugar del suceso, conocido como atención de emergencia *in situ*. No podemos olvidar la intervención del resto de actores de la emergencia para ofrecer una atención integral biopsicosocial y máxima calidad asistencial a la ciudadanía y a la comunidad.

A continuación ofrecemos la figura 4 de las distintas situaciones de emergencia, los grupos de afectados, los subgrupos de mayor vulnerabilidad psicosocial y los diversos escenarios de atención social. Como podemos observar, cualquier emergencia está sujeta a atención social por ser la emergencia en sí un hecho social.

Figura 4. Representación de las distintas emergencias, grupos de afectados, subgrupos de mayor vulnerabilidad psicosocial y escenarios de atención social.



Fuente: Adaptado de Arricivita, 2013.

Según la OMS las guerras, los ciclones, los terremotos, los maremotos, los brotes de enfermedades, las hambrunas, los incidentes radiológicos y los derrames químicos son situaciones de emergencia que, de forma invariable, tienen importantes consecuencias para la salud pública. Según el perfil ambiental de España y el *Informe basado en indicadores* del Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente (2012), se han producido 905 desastres naturales en el mundo. El 48% de los desastres registrados se debieron a inundaciones y otros eventos hidrológicos, el 27% a tormentas tropicales y otros fenómenos meteorológicos, el 12% a fenómenos climatológicos como olas de calor y sequías, y el 7% debidos a terremotos y erupciones volcánicas. La peor catástrofe registrada en 2012 fue el tifón “Bopha” en Filipinas que provocó 1.100 muertos. En total, en ese año, se registraron 9.600 fallecidos. En España, la magnitud de los desastres no es comparable con la de otras regiones del planeta, aunque a menor

escala, cada año se contabiliza un número variado de afectados y de víctimas mortales derivados de estos desastres. En 2012 se produjeron 35 víctimas mortales, 15 por inundaciones, 10 por incendios forestales y 7 a temporales marinos. Entre las situaciones que provocaron mayores pérdidas en 2012, cabe destacar las intensas precipitaciones e inundaciones que afectaron a lo largo del otoño a las regiones del sur, este y nordeste peninsulares y a las Islas Canarias. A este respecto, el episodio de lluvias intensas más significativo de todos fue el que afectó entre los días 27 y 28 de septiembre a áreas del sur y este de Andalucía, Murcia y Valencia, habiéndose registrado la cifra record de 188,9 mm de total diario acumulado en Valencia (aeropuerto) el día 28 de septiembre. Según el Anuario de Accidentes de Tráfico de la Dirección General de Tráfico (2013), hubo 89.519 accidentes con víctimas, de las cuales, 37.297 fueron por vías interurbanas: 1.000 fueron mortales y 36.297 con heridos, 52.222 accidentes con víctimas en vías urbanas: 348 mortales y 51.874 con heridos. El total de heridos graves fueron de 10.086, 114.634 heridos leves y 1.680 muertos.

Las emergencias suelen ir acompañadas de reacciones psicológicas tales como miedo, angustia, impotencia, confusión, negación de la realidad, mente en blanco, desorientación, taquicardia, conductas de huida o evitación, etc. En el primer momento tras el suceso puede ser una reacción que entre en el marco de la normalidad por tratarse de una experiencia inusual (Arricivita, 2013; Gil, 2012), pero esta reacción suele ir desapareciendo con un adecuado apoyo de las redes sociales (familiares, amigos, profesionales, etc.). De igual forma, algunos afectados pueden llegar a desarrollar problemas psicológicos a largo plazo (ansiedad, depresión, estrés postraumático). Cuando hacemos referencia a las personas implicadas no nos referimos únicamente a aquellas personas que han sufrido las pérdidas directas sino a todas aquellas personas que han estado en contacto con el dolor y el sufrimiento de las personas directamente afectadas, los conocidos como intervinientes en la emergencia: médicos, enfermeros, policías, bomberos, trabajadores sociales, psicólogos, etc. Podemos decir que los acontecimientos vitales estresantes (AVE) (ver anexo 1) afectan tanto a los afectados como a los intervinientes. A continuación describimos las reacciones que sufren ante las emergencias para entender la atención biopsicosocial y su importancia.



Según la Dirección General de Protección Civil y Emergencias, en su Guía Técnica (2012), en las reacciones ante situaciones de emergencias influyen varios factores que debemos de conocer: a) factores ambientales: intensidad del incidente crítico, existencia de víctimas, duración del suceso, etc. (la existencia de víctimas mortales provoca más impacto que si solo se han producido afectados leves). b) factores individuales: antecedentes psicopatológicos previos, estrategias de afrontamiento del individuo, etc. (los trastornos psicopatológicos previos hace más difícil afrontar las situaciones). c) factores sociales: apoyo social, aprendizaje preventivo de normas de autoprotección en su comunidad, etc. (la existencia de apoyo social profesional, de familiares, etc., ayuda a afrontar mejor la situación).

Podemos decir que las reacciones serán diferentes en función de las variables individuales, ambientales y sociales. Además, estas reacciones suelen pasar por una serie de fases:

1. *Fase de shock* (momentos inmediatamente posteriores al incidente crítico) que se caracteriza por: reacciones emocionales de tristeza, rabia, odio, culpabilidad, reacciones cognitivas caracterizadas por una limitada capacidad de pensamiento y acción; también puede aparecer la negación, rechazando aspectos dolorosos de la realidad externa, alto nivel de ansiedad caracterizado por reacciones fisiológicas como taquicardia (aumento de la frecuencia cardíaca), taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria), midriasis (dilatación pupilar), vasodilatación periférica, sudoración de manos, temblores, opresión torácica, etc. reacciones motoras extremas de hiperactividad o hipoactividad.
2. *Fase de reacción* (puede durar desde unos días hasta varias semanas) que se caracteriza por: reacciones emocionales fuertes que pueden aparecer en los primeros momentos o más tarde en esta fase, culpa y autorreproche, sensación de desesperanza, tristeza, nostalgia por los que se han ido, rabia y odio por la sensación de frustración de no haber podido evitar el. Reacciones fisiológicas como dolores psicósomáticos, alteraciones del sueño (insomnio, pesadillas) y de la alimentación (vómitos, diarreas, pérdida de apetito, etc.) tensión muscular, cansancio, dolor de cabeza o espalda,

trastornos menstruales, etc., reacciones cognitivas como recuerdos y reminiscencias relacionadas con el acontecimiento traumático.

Estas reacciones psicológicas son las respuestas normales a acontecimientos anormales y suelen mantenerse en los días siguientes al acontecimiento traumático. Además, las catástrofes pueden afectar al sistema de creencias y valores produciendo una visión negativa del mundo, de sí mismo y de los demás.

A parte de los afectados, como hemos mencionado unos párrafos atrás, también los intervinientes de la emergencia, en cualquiera de sus fases y cualquiera que sea su especialidad, desarrollan un trabajo que puede comprometer su salud mental (ver anexo 1). Se han identificado determinados elementos o factores estresores en el marco del trabajo en emergencias que sin duda afectan a la eficacia del interviniente. Los incidentes críticos (ver anexo 1) en los que se ha documentado un elevado impacto psicológico en muchos intervinientes implicados, que les puede hacer más propensos a presentar trastornos psicológico-psiquiátricos, son (Gutiérrez, 2001): rescate prolongado con resultado de muerte, muerte y lesiones graves de un compañero (suicidios incluidos), identificación personal con los afectados (conocidos o familiares), presencia de la muerte o de lesiones graves, sobre todo en niños, recuperación de cuerpos destrozados, restos humanos esparcidos, etc., necesidad de amputaciones a personas vivas para poder rescatarlas o a personas muertas para poder alcanzar a las vivas, incumplimientos o errores en la intervención, sobre todo por despiste, falta de experiencia o preparación, cansancio, etc., crítica negativa por parte de los Medios de Comunicación, evento con elevado número de víctimas, suceso con un especial impacto en un grupo determinado.

Otros estresores son los factores individuales (la edad, la desmotivación, carencia de una red de apoyo social sólida, etc.), factores ocupacionales (necesidad de rapidez por estar en juego la vida de personas, exigencias físicas y mentales de alto rendimiento, falta de seguridad personal en el lugar de la emergencia, etc.), factores propios del suceso (tipo y magnitud del evento, nocturnidad, duración, etc.), factores ambientales (condiciones climatológicas muy adversas o extremas de lluvia, nieve, frío

o calor), otros factores (los primeros en llegar sufren más impacto emocional, presencia de Medios de Comunicación, etc.).

Las posibles reacciones de los intervinientes en situaciones estresantes o traumáticas las resumiremos en el *Síndrome General de Adaptación* (Lorente, 2008) que es el primer estadio de una respuesta de estrés. Se trata de una serie de reacciones psicofisiológicas que se desencadenan en tres etapas sucesivas: alarma, resistencia y agotamiento.

1. *Fase de alarma.* El estímulo de llamada de un incidente crítico produce una acción de shock provocada por el impacto, e inmediatamente viene el contrashock. El interviniente va a experimentar aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, dilatación de las pupilas, respiración profunda y rápida, aumento de la sudoración, redistribución de la sangre –que pasa a dominar el cerebro (permite pensar deprisa) y los músculos de brazos y piernas (posibilita moverse rápido) en detrimento del circuito digestivo-, etc. De esta manera, el organismo se muestra en condiciones de responder a la situación urgente que se plantea.

2. *Fase de resistencia.* Las emergencias, como hechos imprevistos, no permiten conocer su duración, que va pareja al trabajo de los intervinientes. De igual manera, es probable la aparición de otros estresores, ya mencionados, en transcurso de la emergencia. Todo eso va a exigir mantener las condiciones de respuesta a costa de un gasto muy elevado de energía en una sola demanda, lo que se traduce en un aumento de la vulnerabilidad y una disminución de la capacidad de resistencia.

3. *Fase de agotamiento.* El interviniente no puede mantener ese nivel de actividad indefinidamente. Entonces reaparecen los signos de alarma. La eficacia y la eficiencia caen en picado y hay un alto riesgo de errores, que pueden terminar en lesiones considerables e incluso poner en peligro la propia vida.

Según Gil (2012), las posibles consecuencias para el interviniente en el marco de la salud mental están relacionadas con el tipo de estrés. Los problemas físicos, psicológicos y sociales en torno al estrés crónico –acumulativo o a lo largo del tiempo– están detrás de las jaquecas, el insomnio, determinadas alergias, problemas sexuales

(impotencia, eyaculación precoz, etc.), problemas cardiacos (hipertensión, arritmias, etc.), asma bronquial, trastornos psicológicos, crisis de ansiedad, alcoholismo, separaciones y divorcios, conflictividad familiar y problemas laborales diversos (absentismo, etc.), etc. Además, la fatiga de compasión o desgaste por empatía, es la consecuencia natural, en forma de emociones y conductas, de atender a personas que han vivido una situación traumática muy intensa y empatizar con ellas. Su manifestación, que suele ser repentina, es un cansancio extremo tanto físico como mental. También puede aparecer el *burnout* o estar quemado, es el paradigma de estrés laboral en profesionales de la ayuda, es decir, especialistas que atienden a personas que padecen problemas y tienen contacto humano con ellas. Su población diana son médicos (oncólogos y psiquiatras de hospital y generalistas de medio rural), personal de enfermería (sobre todo de hospital), trabajadores sociales, docentes, policías, etc. Se trata de un síndrome tridimensional: agotamiento emocional (fatiga, pérdida de energía, etc.), despersonalización (irritabilidad, actitudes negativas hacia la tarea, etc.) y falta de realización personal (sentimientos de fracaso, baja autoestima, etc.). Por otra parte, no es un síndrome exclusivo de trabajadores de emergencias (Figueiredo-Ferraz, Grau-Alberola, Gil-Monte, García-Juesas, 2012; Arricivita, 2013).

Según la IASC (2007), en las situaciones de emergencia, no todos tienen o desarrollan problemas psicológicos apreciables. Numerosas personas dan pruebas de resistencia, y tienen la capacidad de hacer frente relativamente bien a la adversidad. Hay numerosos factores sociales, psicológicos y biológicos que dan pruebas de resistencia. No obstante, en función del contexto de la emergencia hay personas que corren mayores riesgos de experimentar problemas sociales y/o psicológicos (Ibidem, 2007; Arricivita, 2013; Cardona, 2013): las mujeres (ej. madres solteras); hombres (ej. desempleados), niños (ej. mendicidad); ancianos (especialmente cuando han perdido a los familiares que los atendían); Inmigrantes en situación irregular; personas que han estado expuestas a eventos sumamente lesivos o traumáticos (ej. sobrevivientes de violaciones), discapacidades; institucionalizados; personas que son objeto de un grave estigma social (ej. trabajadoras sexuales); personas que corren riesgos concretos de

conculcación de sus Derechos Humanos (ej. personas recluidas en instituciones o detenidas).

Las personas afectadas tienen estructuras o recursos que les permiten resistir en términos de salud mental, bienestar psicosocial y resiliencia (ver anexo 1). Un error es hacer caso omiso de estos recursos y centrarse exclusivamente en los déficits – debilidades, sufrimientos y patología-. Según de las Olas y Hombrados (2013), la resiliencia es una cualidad a considerar en la profesión de Trabajo Social, donde hay elementos convergentes y donde se contribuye al desarrollo de factores resilientes en las personas con las que se relaciona para fortalecer sus capacidades, ayudándoles a afrontar los avatares de la vida que pueden en un momento dado debilitar a quienes los sufren.

A continuación exponemos los recursos de los posibles afectados para afrontar las situaciones de riesgo (IASC, 2007). Entre los recursos psicológicos: determinadas aptitudes para resolver problemas, para comunicarse, para negociar y ganarse la vida. Según Goleman (1996: 15), “*el equilibrio emocional contribuye a proteger nuestra salud y bienestar*”, esa aptitud vital básica que denominamos *inteligencia emocional*, tomar las riendas de nuestros impulsos emocionales, comprender los sentimientos más profundos de nuestros semejantes, manejar amablemente nuestras relaciones o desarrollar lo que Aristóteles denominara la infrecuente capacidad de enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno, con el propósito justo y del modo correcto. Así mismo, las *capacidades* se definen como las oportunidades para llevar una u otra clase de vida, y mediante ellas se obtiene la noción de bienestar agregado, definición utilizada en los informes sobre Desarrollo Humano elaborados por el Programa de las Naciones Unidas. Según Cejudo (2007), el enfoque de las capacidades de Amartya Sen implica reformular la noción de bienestar en el sentido de tener libertad para llevar una vida valiosa. Desde esta perspectiva la calidad de vida depende de lo que el sujeto sea capaz de conseguir, de las maneras en que sea capaz de vivir, y no solo de su renta, disponibilidad de Servicios Sociales o satisfacción de necesidades básicas. Siguiendo a Gómez (2008: 12), “*los seres humanos somos una*

*especie intrínsecamente social y gregaria, y hay pocas dudas de que buena parte del éxito evolutivo se debe a la altísima y compleja capacidad para interactuar con los demás. La capacidad humana para la cooperación y la interacción coordinada depende mayoritariamente de la habilidad cognitiva y computacional para representar, planificar y predecir la conducta de los demás y de sí mismo y de interiorizar las normas de los grupos de referencia”,* donde la función de la mente permite resolver problemas de naturaleza social.

Entre los recursos sociales potencialmente de apoyo cabe mencionar a las familias, los Servicios Sociales, los agentes de salud comunitarios, entre otros muchos; recursos económicos, como pequeños ahorros, tierras, cultivos, entre otros; recursos de salud, entre los que podemos destacar el personal sanitario.

Para concluir este punto, podemos decir que las emergencias suponen una amenaza para la vida o la integridad física o psicológica por ser situaciones imprevistas y muchas veces hechos traumáticos, de modo que, deberemos de proteger a los afectados mediante una intervención biopsicosocial o integral, para minimizar al máximo cualquier repercusión negativa producida por el acontecimiento estresante.

#### **4.2 LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS SOCIALES Y SITUACIONES CRÍTICAS**

En toda actuación sanitaria extrahospitalaria, el cuidado integral del paciente urgente demanda una serie de cuidados físicos, sociales y psicológicos. El resultado positivo de la intervención será la suma del trabajo realizado por los distintos componentes del equipo multidisciplinar.

Cuántas veces nos hemos enfrentado el personal de emergencias a situaciones desgarradoras como las siguientes<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Ejemplos reales de emergencias atendidas por el equipo SAMU de la doctoranda Desirée Camús Jorques.

Ejemplo 1. *“Era media tarde cuando solicitaron a través del CICU una unidad móvil SAMU para un accidente de tráfico en la nacional X y un acceso difícil al lugar. Al aproximarnos, vimos cómo un coche se había salido de la vía y había dado varias vueltas de campana por una pronunciada pendiente. Al llegar, encontramos a un hombre de mediana edad pálido, con frío, con los ojos abiertos en una mirada perdida, y sin contestar a ninguna de nuestras preguntas. Al lado, yacía un joven sin vida de unos veinte años de edad, al parecer el conductor, que mostraba signos evidentes incompatibles con la vida. Tras su estabilización hemodinámica, procedimos a su traslado a un centro hospitalario. En ningún momento vimos que estuviera mirando al joven, parecía que miraba al vacío, a la nada, y era difícil realizar una valoración neurológica como la Escala de Glasgow, sin equivocarnos en la puntuación resultante. En la unidad móvil, y durante el traslado, empezó a estabilizar sus signos vitales. Iba recuperando color en su rostro, y de repente, empezaron a caer lágrimas por sus mejillas que poco a poco se convirtieron en un inconsolable llanto. El joven que yacía era su hijo.”*

En el caso arriba expuesto, se detecta la necesidad de atención a una situación de crisis por la muerte traumática de su hijo y por ser un afectado del mismo accidente y esto aparece como un hecho repentino e imprevisible

Ejemplo 2. *“Nos avisa el CICU por un varón de unos 40 años inconsciente. A nuestra llegada al domicilio, los Equipos de Atención Primaria (EAP) están realizando una reanimación cardiopulmonar instrumental, que se continúa con un Soporte Vital Avanzado por parte del SAMU. Es un varón sano, sin ningún antecedente médico importante salvo una vida de estrés por su tipo de trabajo. Se realizan maniobras de reanimación avanzada, e incluso durante más tiempo, antes de tomar la difícil decisión de suspender la reanimación. Entre la rabia y la impotencia, nos dirigimos a transmitir la triste noticia a los familiares que están en la habitación contigua. Ahí está su mujer, con mirada perpleja, y dos niños de corta edad tristes y asustados sin saber que sucede.”*

En este caso, se detecta la necesidad de atención a la familia directa e hijos menores que han presenciado la situación de muerte traumática.

Ejemplo 3. *“Tras el aviso del CICU por un paciente varón inconsciente de 80 años en su domicilio, nos desplazamos al lugar el SAMU donde valoramos un ACV. Una vez estabilizado el paciente para su traslado al centro hospitalario, detectamos que su mujer padece una demencia y no tienen familiares que puedan hacerse cargo de ella. La mujer tiene mirada ausente y requiere ayuda para las ABVD. Su marido es el cuidador principal.”*

En este último ejemplo, se detecta la necesidad de acompañamiento a la persona dependiente de las ABVD ante una situación de soledad sobrevenida por la emergencia del marido como principal cuidador.

Todos los ejemplos expuestos y muchos más que podríamos relatar, nos hacen dirigir la asistencia y formación hacia una atención integral a los afectados con el objetivo de cubrir cualquier necesidad biopsicosocial generada por la emergencia.

Podemos decir que las diferentes emergencias generan problemas y necesidades diversas, entre ellas, las de carácter social. Desde hace unos años ha cobrado un interés significativo la intervención psicosocial en emergencias y catástrofes, tanto en España como en espacios internacionales. Conociendo el significado de la emergencia como hecho súbito e inesperado que altera la rutina cotidiana, es necesario describir el término psicosocial entendido como la indisociable relación mutua entre la persona (cómo/qué piensa, qué siente, sus fortalezas, debilidades, etc.) y su entorno social (familia, amigos, vecinos, etc.) y condiciones de vida (vivienda, alimentación, nivel educativo, etc.), constituye un modelo de entender y de hacer de la actividad humana y que, lógicamente, no escapa a las situaciones de amenaza, destrucción y pérdida. A partir de este planteamiento que nos ofrece Arricivita (2006, 2013), se derivan otros conceptos vinculados con el término, como el problema social y problemática psicosocial. Por un lado, un problema social (familiar, laboral, etc.) al que, normalmente, acompaña el consiguiente desasosiego, angustia, miedo, etc., es decir:



malestar psicológico, en grado variable, que no psicopatología. El ejemplo de problemática psicosocial en el campo de las emergencias, podría ser la surgida por el derrumbamiento de una vivienda habitada. Además del problema social repentino de posibles pérdidas humanas y, por supuesto, de alojamiento, de enseres materiales, etc., es previsible encontrar en las personas afectadas reacciones de nerviosismo, miedo, angustia, etc. Se trata de una lectura del problema psicosocial contextualizado en la inmediatez y el corto plazo de la emergencia. Una segunda interpretación del problema psicosocial se basa en la existencia de un problema/síndrome psicológico en una organización social determinada que haya tenido una experiencia estresante o traumática.

Partiendo de la inevitable interrelación entre lo social y lo psicológico ya expuesta, pueden darse problemas psicosociales con predominio social o bien con predominio psicológico.

Según Sales (2005), el proceso de cuidados enfermeros debe guiarse según un marco conceptual que englobe las diversas fuentes de la ciencia socio-sanitaria. Además, los cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014) en su versión V, reconoce la importancia de los problemas psicosociales y los considera uno de los ejes de su sistema multiaxial de evaluación. Hace referencia a que un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencias ambientales, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales o cualquier otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentales por una persona.

La detección del problema psicosocial da paso a la consiguiente atención o intervención psicosocial; igualmente hablar de problemática e intervención social, sobre todo en situaciones estresantes o traumáticas, es hablar de problemática e intervención

psicosocial (Arricivita, 2006). Así mismo hablamos de intervención en crisis durante las fases iniciales de la emergencia. El concepto de “crisis” hace referencia a un periodo convulso –que puede ser esperable (por ejemplo la *crisis evolutiva* asociada a una transición normativa) o imprevisto (por ejemplo la *crisis accidental*)- que representa un peligro para la persona al aumentar su vulnerabilidad a trastornos mentales y, también, una oportunidad de evolución personal si logra adaptarse a los cambios. En este sentido, las diversas situaciones de emergencia se tipifican como crisis accidentales.

Por *intervención en crisis* se entiende un procedimiento de intervención en momentos de la vida (crisis evolutiva o accidental) en los que la provisión de aportes (físicos, psicosociales y socioculturales) y los mecanismos de afrontamiento habituales dejan de ser efectivos y exigen cambios a la persona, la familia o el grupo para lograr un reajuste saludable a la nueva situación. Son varias las clasificaciones que se hacen para intentar delimitar temporalmente una situación crítica, una emergencia. Arricivita (2013) distingue tres fases: de impacto, de reacción y de reordenación o resolución. La fase de *impacto y reacción* se mueven en el ámbito del “durante” o propiamente asistencial o de prevención secundaria, y la fase de *resolución*, también conocida como prevención terciaria, se enmarca en el espacio del “después de”.

Veamos las tres fases de la emergencia: pre-emergencia, emergencia y post-emergencia.

- a) Pre-emergencia: planificación de la intervención, incardinación del dispositivo de atención social con el resto de dispositivos en una gran emergencia, elaboración de protocolos preventivos y educativos para la ciudadanía, participación en simulacros y formación continua del personal de atención, etc.
- b) Emergencia: tareas de contención y apoyo emocional, acompañamiento, tareas de localización e información a afectados y/o familiares, tareas de mediación entre los afectados y otros sistemas intervinientes, gestión de recursos para facilitar las tareas de los equipos intervinientes, prestar colaboración al resto de profesionales, gestión de prestaciones básicas de supervivencia (alimentación, alojamiento, etc.) y cualquier otra gestión de servicios y/o recursos.

- c) Post-emergencia: intervención social con los afectados, las familias (recuperación material y psicosocial), gestión de prestaciones básicas normalizadas y/o específicas a la situación (subsistencia, alojamiento, etc.), evaluación de la intervención propia, etc.

Los principios de la intervención psicosocial para una mayor efectividad en la recuperación de los afectados según Marcuello (2006) se basan en: a) *proximidad*: actuar lo más cerca posible -desde el punto de vista físico- al lugar del evento para no estigmatizar a los afectados con su traslado a un centro de salud mental u hospital; b) *inmediatez*: intervenir lo más próximo posible, para evitar la aparición de síntomas o la cronificación de otros; c) *expectativas*: transmitir información positiva acerca de su capacidad de afrontamiento, potenciando así su autoestima; d) *simplicidad*: utilización de métodos breves y sencillos adaptados a la situación emocional de los afectados, y e) *unidad*: basada en la necesidad de reestructurar la experiencia vivida para facilitar el control cognitivo.

Los primeros auxilios psicológicos, o lo que denomina Slakieu (1989) primera ayuda psicológica, está indicada en la fase de impacto e incluso en estadios iniciales de la fase de reacción, inmediatamente después del suceso traumático, antes de que su resolución final sea positiva o negativa. La primera ayuda psicológica suele ser el primer contacto con la persona afectada y puede aplicarse en el lugar del suceso. Es un formato de trabajo en la urgencia que tiene los siguientes objetivos: proporcionar apoyo, reducir el riesgo de lesiones físicas, enlazar con recursos de ayuda más estructurados si se precisan, aliviar el malestar psicológico, prevenir la aparición de trastornos psicológicos, ayudar en la recuperación física, favorecer la expresión emocional y posibilitar la resolución de necesidades básicas (Arricivita, 2013). Además, Barrón y Chacón (1992), afirman el papel del apoyo social como efecto protector frente a los AVE para reducir el malestar psicológico.

Sin embargo, las investigaciones y los trabajos respecto a la intervención psicológica *in situ*, son muy escasas. Existen pocos estudios relacionados con atención psicológica en víctimas de catástrofes, AMV y en atención a emergencias individuales

por psicólogos. No obstante, algunos autores hablan de prevención de lesiones psicológicas apelando a la intervención psicológica temprana en un corto periodo de tiempo tras la emergencia, con afectados o víctimas directas. Es de interés remarcar la labor del psicólogo emergencista en su actuación en situaciones de emergencia de importante impacto social. Su actuación inmediata y cercana al lugar de la tragedia contribuye a favorecer la vivencia traumática del impacto desde la prestación de los primeros auxilios psicológicos hacia todos los implicados en la emergencia: víctimas directas, familiares y equipos de intervención. Bien conocida es la labor de *Psicólogos sin Fronteras*. Es una entidad sin ánimo de lucro que nace del interés de personas relacionadas directa o indirectamente con esta profesión, para actuar en favor de personas en situación de exclusión o desigualdad social. Según Fouce, Parisi y Flores (2005: 103) la disciplina de la psicología tiene mucho que aportar en “*la atención psicológica en situaciones de catástrofes, emergencia o crisis*”. Además, Pacheco (2010) y Pacheco, Condés, Pérez, Benegas y Ajates (2008), califican a la psicología de la emergencia como un eslabón muy importante en la intervención *in situ*.

Muchos son los autores que hablan de las aportaciones del Trabajo Social y la Psicología Social en las situaciones de emergencia, crisis e intervención psicosocial, su identidad, sus funciones, la visibilidad y su intervención en las mismas (Barriga, 2009; Olmedo, 2008; Madeira et al., 2011; Coloma, 2009; Arricivita y Pérez, 2005; Arricivita, 2006). La peculiaridad misma de las situaciones de emergencia y crisis hace que los servicios sanitarios y sociales -y, dentro de ambos, los profesionales del Trabajo Social-, tengan un papel muy importante en todos los momentos de la intervención.

El estudio sobre una aproximación a la intervención del Trabajo Social comunitario en situaciones de catástrofes y desastres (Coloma, 2009: 252), en relación al modelo de intervención social, concluye el fin último de la intervención de los trabajadores sociales, “*persiguiendo minimizar el impacto del evento traumático en el individuo y en la comunidad, auxiliarle en los primeros momentos, ofrecer un apoyo psicosocial, fortalecer el tejido social y fortalecer tanto al individuo como a la comunidad*”. Servirnos de la resiliencia, bien individual, familiar o comunitaria; esto es,

que no sólo que hagan frente a la adversidad del momento, sino que además salgan fortalecidos de la misma. Además, el objetivo último es perseguir el bienestar individual y comunitario de todas las personas que se ven sacudidas por las emergencias y eventos traumáticos. Otro estudio sobre intervención psicosocial en catástrofes desde el punto de vista de expertos siguiendo la metodología Delphi (Arricivita y Pérez, 2005), visualiza la necesidad de intervención no solo en la inmediatez de la situación traumática sino también después, y no sólo a los afectados, sino también a los intervinientes. Los autores destacan el apoyo emocional como una de las primeras tareas o acciones de intervención. En relación a los profesionales que deberían ofrecer la intervención de apoyo psicológico en ese tipo de eventos, sobresalen los psicólogos en primer lugar y en segundo lugar, los trabajadores sociales, y de forma menos específica, el personal sanitario. Por último, según los autores, las actuaciones deberían de ir dirigidas en primer lugar a los supervivientes y sus familiares, siendo un grupo importante también los propios intervinientes.

La intervención psicosocial realizada por los psicólogos también tiene gran interés en la prevención secundaria en situaciones de crisis, atendiendo las emergencias psicológicas. En España es el desastre ocurrido el verano de 1996 en el camping de Las Nieves en Biescas (Huesca) el que marca un antes y un después en este tipo de intervenciones. La presencia de psicólogos ya se considera como un recurso humano más en una gestión eficaz de la catástrofe. En estas circunstancias las necesidades de atención psicosocial son especialmente altas debido al estrés al que la población está sometida y a los traumas específicos de grupos con mayor vulnerabilidad. Por ello, el abordaje temprano de los problemas de salud mental en estos casos, es la mejor prevención de trastornos más graves que aparecen a medio y/o largo plazo. La prevención secundaria (durante la emergencia) es el escenario de los psicólogos de urgencias, lugares de gran impacto emocional donde entre las tareas a realizar encontramos: apoyo psicológico en el momento de la emergencia; cubrir y/o mediar en las necesidades básicas (información, descanso); informar y normalizar los síntomas físicos y emocionales y sobre los que pudieran aparecer en un futuro, junto con pautas y técnicas concretas de carácter preventivo; identificar y solucionar conflictos derivados

de la situación, fomentar la cohesión y comunicación en el equipo interviniente; proporcionar un espacio libre de estrés, alejado emocionalmente del suceso, etc. (Pacheco et al., 2008).

Según una entrevista a la psicóloga de emergencias del servicio SAMUR PC de la ciudad de Madrid (Pacheco, 2010), el papel de un servicio en el que se ofrece intervención *in situ* por psicólogos de guardia 24 horas, es la atención a las personas que requieren atención psicológica y apoyo psicosocial después de vivir un incidente crítico, como la muerte súbita de un familiar, un accidente de tráfico o asalto sexual. Los principios generales de la atención son la proximidad y la inmediatez, trabajando el aquí y ahora, en el mismo lugar donde se ha producido el suceso, unos minutos después, siendo la base para el enfoque del equipo de respuesta psicológica la respuesta a cualquier situación con un alto impacto emocional, y siendo el objetivo final la prevención, detección de factores de riesgo, la intervención y remisión a servicios apropiados en caso necesario.

Un estudio sobre la efectividad de la intervención en crisis en un Servicio de Urgencia de un Hospital General llevado a cabo por psicólogos (Martínez, Alonso, Castro, Álvarez, Oviedo y Ellwanger, 2004) ante intentos de suicidio, estrés post-traumático, ataques de pánico, conflictos conyugales o familiares, duelos, depresiones reactivas, etc., muestra que estas situaciones se beneficiaron de una atención psicosocial, produciendo movilidad en el área de las relaciones interpersonales y estabilidad en la adaptación social. Otro de los ejemplos de intervención psicosocial en servicios de urgencias hospitalarios, esta vez a través de trabajadores sociales es el citado por Madeira et al. (2011). En este caso, y los motivos de consulta son similares al estudio citado anteriormente: intentos de suicidio, angustia, accidentes, uso problemático de drogas, abandono/desorientación, situación de calle, personas sin contención familiar, discapacidad, violencia hacia adultos mayores, violencia hacia niños (maltrato o abuso sexual), dificultad de acceso a los recursos, etc. El estudio demuestra la participación de los profesionales de Trabajo Social en la intervención en situaciones de crisis y concluye con la necesidad de que el trabajador social forme parte

del equipo multidisciplinar para la atención integral del paciente, tanto desde el punto de vista de la resolución de problemas, como para el enriquecimiento del colectivo profesional ya que “lo social” no puede considerarse una “variable asociada” más.

Los servicios de atención a las emergencias sociales y sanitarias que prestan intervención psicosocial en el lugar del incidente en diversas ciudades españolas con una atención ininterrumpida las 24 horas los 365 días del año no son muchos. Presentamos a continuación los siete que funcionan en la actualidad (Pacheco et al., 2008; Martín, 2009; Ferrer, 2006, 2010, 2011; Real y Calabozo, 2012; Duque y Murguía, 2011; Duque, 2006; Lecertúa, 1997; Pérez, 2008, 2011):

1 *SAMUR-PC Madrid*. Psicólogo de guardia “ROMEO” (Vehículo de Intervención de Apoyo Psicológico). A partir de la necesidad de ofrecer una atención integral y multidisciplinar, SAMUR-PC crea en 2003 un modelo de trabajo donde la intervención del psicólogo atendiendo las emergencias psicológicas que surgen día a día, así como en catástrofes o AMV cobra una especial relevancia dando cobertura a la ciudad de Madrid.

2. *Servicio de Emergencias Sociales de la Comunidad de Madrid*. La Conserjería de Familia y Asuntos Sociales puso en marcha el servicio de unidades móviles en febrero de 2005. El servicio tiene como función principal ofrecer atención social necesaria ante situaciones de emergencia individual, familiar y colectiva, así como en grandes emergencias.

3. *El CUESB de Barcelona*. El primer Decreto de Alcaldía de 25 de noviembre de 2000, significó una nueva orientación del servicio, creado en 1978 con el fin de prestar alojamiento a los afectados. El servicio forma parte en la actualidad de los grupos de actuación que se incluyen en el Plan de Emergencias Municipal: *Servicio de Atención a las Urgencias, Emergencias Sociales y Catástrofes*.

4. *Servicio de Emergencias Sociales del Ayuntamiento de Sevilla SES*. Nace el 30 de diciembre de 2010. Sus orígenes se remontan al CECOP social creado en el año

2007 cuyo objetivo es dar respuesta inmediata a situaciones de emergencia social producidas en vía pública, domicilios particulares o en cualquier otro lugar de la ciudad de Sevilla.

5. *SAMUR Social de la ciudad de Madrid.* El Ayuntamiento de Madrid asume entre sus competencias la atención a las emergencias sociales y a las PSH en el marco de la red municipal de Servicios Sociales que se desarrollan en la ciudad de Madrid. El servicio y sus intervenciones han sido ya descritas en el capítulo 3.

6. *El SMUS del Ayuntamiento de Bilbao.* Como precedente cabe citar las inundaciones de agosto de 1983, contexto marcado por la emergencia y la necesidad de intervención urgente. En ese momento el Ayuntamiento de Bilbao contrata trabajadores sociales y en julio de 1999, decidió complementar su red de Servicios Sociales de Atención Primaria, poniendo en marcha el *Servicio de Atención a Urgencias y Emergencias Sociales.*

7. *Servicio de Urgencias Sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.* Se pone en funcionamiento en junio de 1995 como servicio de atención a las urgencias sociales y emergencias que requieren atención social. Las características que definen al servicio son: detección y diagnóstico social avanzado de necesidades sociales urgentes y emergentes, inmediatez en la intervención social y posterior derivación a la red de servicios convencionales para continuar el tratamiento social adecuado y como servicio especializado en la reinserción social de personas excluidas y marginadas a través de su intervención.

Para llevar a cabo su intervención, los servicios anteriormente citados, siguen unas directrices marcadas en unos procedimientos de actuación, previamente establecidos y a la disposición de los profesionales (protocolos de actuación). En el siguiente apartado hablaremos de su utilidad y de algunos de los procedimientos que utilizan los servicios de emergencias.



Para concluir el apartado, diremos que la intervención psicosocial en emergencias individuales, colectivas o grandes emergencias y situaciones críticas es de vital importancia como prevención secundaria, protegiendo los efectos negativos de la emergencia sobre la salud física, mental y social. Además, no debemos de olvidar a los intervinientes profesionales, pues la traumatización vicaria, desgaste por empatía o estrés traumático secundario son algunos de los términos utilizados para denominar los efectos de situaciones altamente estresantes o traumatizantes a las que tiene que asistir el personal sanitario, policías, trabajadores sociales, psicólogos y otros profesionales involucrados en la emergencias.

#### **4.3 LA ATENCIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS EXTRAHOSPITALARIAS, COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA Y PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN**

Los SEMs forman parte integral de todo Sistema Público de Salud. Su función principal es proporcionar atención médica en todas las situaciones de emergencia, incluyendo desastres. Los primeros SEM propiamente dichos empezaron a funcionar en España en la década de los años 80 y muchos otros se pusieron en marcha entre 1990 y 2000, especialmente tras la publicación del Plan Director de Urgencias del INSALUD en 1988 como respuesta al Informe del Defensor del pueblo del mismo año (Arcos, Castro y Martín, 2014). Los SEMs de extrahospitalaria se definen como *“una organización funcional que realiza un conjunto de actividades secuenciales humanas y materiales, con dispositivos fijos y móviles, con medios adaptados, coordinados, iniciados desde el mismo momento en el que se detecta la emergencia médica, que tras analizar las necesidades, asigna respuesta sin movilizar recurso alguno o bien desplaza sus dispositivos para actuar in situ, realizar transporte sanitario si procede y transferir al paciente al centro adecuado de tratamiento definitivo”* (Fernández, Aparicio, Pérez y Serrano, 2008: 39). Se trata, pues, de un eslabón en la cadena asistencial sanitaria para atender al paciente crítico y no crítico, que habitualmente precisará cuidados hospitalarios y posthospitalarios a posteriori. Además, el SEM podemos decir que es *“el conjunto de todos aquellos servicios que, debidamente integrados y coordinados,*

*permiten asegurar una respuesta completa ante una situación de emergencia determinada*". En él tienen cabida no sólo los servicios de emergencia sanitaria sino todos aquellos componentes no sanitarios que permiten alcanzar el control de la situación. Este es el origen del concepto de *Sistema Integral de Urgencias*, aquel que permite la resolución del incidente mediante la puesta en juego de todos y cada uno de los servicios intervinientes (Martín, Arcos y Castro, 2014).

A continuación, exponemos brevemente cómo funciona el sistema de emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias en la Comunidad Valenciana como ámbito de estudio de la presente tesis.

El Plan Director de Urgencias de la Comunidad Valenciana es aprobado por acuerdo del Consell el 13 de mayo de 1991 y tiene como finalidad proporcionar una asistencia de urgencia a la población, rápida, eficaz, coordinada y continuada. Pretende conseguir unos objetivos generales de integración de los recursos humanos, satisfacción de los usuarios y eficiencia del sistema, actuando allí donde la demanda de urgencia es más aguda. Entre los objetivos específicos podemos señalar los siguientes: coordinación de la atención sanitaria urgente entre los dos niveles asistenciales, descongestión de las áreas de urgencias hospitalarias, desarrollo de los CICUs (Centro de Información y Coordinación de Urgencias), desarrollo de los SAMU, atención continuada por los EAP, integración y/o transformación de los recursos de los Servicios Especiales de Urgencias (SEU) y de los Servicios Ordinarios de Urgencias (SOU) en Atención Primaria y equipos SAMU respectivamente, implantación de los Centros de Atención Sanitaria Urgente (CASU), formación y reciclaje del personal implicado en la asistencia urgente, educación sanitaria de la población y coordinación de la estructura sanitaria de urgencias con otras entidades y organismos con responsabilidad en la atención a las emergencias.

Para conseguir estos objetivos, el Plan Director tiene como pilares el programa de asistencia urgente, basado en: la implantación de los CICUs de ámbito provincial, implantación de los CASUs en núcleos urbanos, desarrollo de la Atención Continuada y reconvertir y sustituir de manera progresiva los SEUs y SOUs, por recursos de Atención Primaria. Y el programa de emergencias, basado en: unidades de transporte asistido, es

decir el SAMU, integrados y coordinados por los CICUs. Todo este Plan ha llevado a la implantación, en todo el territorio de la Comunidad Valenciana, de ambulancias medicalizadas, con horario de 24 horas.

Según Barroeta y Boada (2011) el sistema se estructura en un servicio central: el Servicio de Asistencia Sanitaria Urgente y Emergencias y tres servicios provinciales: los Servicios de Emergencias Sanitarias (SES) de Castellón, Valencia y Alicante, todos dependientes jerárquicamente de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Agencia Valenciana de Salud (AVS). El Servicio de Asistencia Sanitaria Urgente y emergencias, está ubicado en las dependencias de la AVS y Consellería de Sanidad en Valencia y tiene encomendadas las siguientes funciones: Gestionar el programa de atención urgente para las grandes ciudades; coordinar los CICUs; desempeñar las funciones derivadas del Plan Director de Urgencias con especial incidencia en el transporte sanitario y gestionando el programa de emergencias médicas.

Los SES son los encargados de la gestión provincial de las urgencias y emergencias extrahospitalarias. De ellos dependen directamente el CICU y las unidades asistenciales (SAMU, Soporte Vital Básico SVB) de cada provincia. El acceso de la población a los servicios de emergencias sanitarias se establece telefónicamente llamando al 112. Cada CICU provincial gestiona y coordina la atención sanitaria urgente provincial y se coordina a través de aplicaciones y/o procedimientos con los diferentes niveles asistenciales y con centros y servicios no sanitarios de urgencias y emergencias (112, policías, bomberos, PC, etc.). Dispone de los siguientes protocolos de actuación conjuntos con Atención Primaria y Atención Especializada para determinados procesos asistenciales: transporte secundario de pacientes críticos: adultos y neonatos, código ICTUS, código Infarto, alerta hemodinámica, fibrinólisis extrahospitalaria, planes de emergencias de los hospitales, ventilación no invasiva prehospitalaria, accidentes disbáricos, protocolo de donante en asistolia, protocolo de explantes, protocolo de traslado interhospitalario de pacientes con ECMO (Extracorporeal Membrana Oxygenation) y protocolo de actuación frente a casos sospechosos del virus Ébola.

En relación y coordinación con los agentes no sanitarios: cuerpos de bomberos, policías, guardia civil, PC, etc., implicados en la atención a las emergencias, incidentes de múltiples víctimas, catástrofes, etc. son fluidas y eficaces desde hace años y su desarrollo lo ha favorecido el trabajo de coordinación y apoyo metodológico que han realizado los servicios de PC de la Generalitat Valenciana y que han dado lugar a la elaboración de planes y procedimientos de emergencias y a las actividades formativas y realización de ejercicios y simulacros correspondientes. Los recursos que dan respuesta a las emergencias sanitarias los expondremos en el siguiente epígrafe dedicado a los mismos.

El Plan Territorial de Emergencias de la Comunidad Valenciana aprobado por el Decreto 243/93, de 7 de diciembre, materializa el marco orgánico-funcional y los mecanismos que permiten la movilización de recursos humanos y materiales necesarios para la protección de las personas y bienes en caso de grave riesgo colectivo, catástrofe o calamidad pública, así como el esquema de coordinación entre las distintas Administraciones Públicas llamadas a intervenir. Así mismo, nos ofrece un catálogo de principales riesgos en la Comunidad Valenciana: naturales y antrópicos.

En 1991, mediante Decisión del Consejo de 29 de julio de las Comunidades Europeas, actualmente UE (DOCE, 1991), se acordó la creación de un número de llamada de urgencia único. Establece la obligación para todos los Estados miembros de introducir el número 112 en las redes públicas de telecomunicación. Con ello se permitiría a todos los ciudadanos/as, mediante la marcación de este número, acceder con mayor facilidad a los servicios de urgencias. Según González (2012), el objetivo principal de un número único es la protección del ciudadano en su sentido más amplio facilitándole el acceso rápido a los servicios dispuestos por las diferentes Administraciones Públicas para la atención en casos de urgencias.

Las situaciones de atención médica extrahospitalaria son urgencias y emergencias sanitarias. La urgencia médica es toda situación que lleva al paciente a solicitar asistencia sin demora. No obstante, este término no tiene el mismo significado para el paciente, la familia y el personal asistencial. Podríamos decir que en la urgencia

médica no hay un riesgo vital inminente. La emergencia médica, también denominada urgencia médica vital, describe el estado de un paciente en el que las funciones vitales respiratorias, circulatorias o cerebrales están gravemente afectadas o abolidas, con grave disfunción, o riesgo de fracasar a corto plazo. Existe un riesgo vital inminente. La atención a una emergencia tiene como objetivo evitar la muerte y/o disminuir las posibles secuelas (Barroeta y Boada, 2011).

De acuerdo con las recomendaciones establecidas por la Oficina Regional para Europa de la OMS y el Consejo de Europa, podemos establecer tres grupos de pacientes dentro de la demanda extrahospitalaria:

- 1- Aquellos cuya demora en la asistencia no modifica el pronóstico, que constituyen la gran mayoría de solicitudes.
- 2- Aquellos para los que un retraso de una o dos horas no modifica sustancialmente el pronóstico vital y/o funcional, y requieren cuidados de nivel básico o ninguno.
- 3- Un tercer grupo de pacientes que padecen procesos de pronóstico y mortalidad tiempo-dependientes, para cuya asistencia se requieren cuidados del máximo nivel asistencial.

La experiencia acumulada en las últimas décadas ha mostrado la eficacia de disponer de un sistema organizado y estructurado de atención a las urgencias extrahospitalarias, integrado dentro del conjunto del Sistema Sanitario. Bajo el nombre de Coordinación Sanitaria en Urgencias y Emergencias conocemos *“un proceso global, estructurado de acuerdo con unos esquemas flexibles y adaptables, al objeto de dirigir y organizar en tiempo real la prestación de la asistencia a las urgencias extrahospitalarias y emergencias sanitarias”*. De forma clásica, debe poseer especificidad, rapidez, adecuación, cualificación (respuesta profesional), coordinación e integración con el resto de servicios. Este complejo proceso corre a cargo del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias que es *“una organización funcional que, mediante un proceso o procedimiento, denominado gestión y coordinación, alcanza*

*como objetivo la asistencia sanitaria integrada del paciente allí donde este pierde su salud” (Fernández et al., 2008:47).*

Según González (2012), en la Comunidad Valenciana el CICU de la provincia de Valencia inicia su funcionamiento en diciembre de 1992, en la provincia de Alicante en diciembre de 1995 y en Castellón en febrero de 1998. Como antecedente de la asistencia urgente extrahospitalaria en la Comunidad Valenciana, en 1984 se publica el Decreto 122/1984 por el que se aprueba el Plan de Información y Coordinación de Urgencias (DOGV, 1984). Dicho plan tuvo un ideólogo (Dr. Vicente Chuliá) cuya voluntad fuera pionera en España en desarrollar un modelo de atención a las urgencias que se ha demostrado eficaz con los años. El actual CICU y SAMU llevan los nombres que él mismo les dio a semejanza del SAMU francés con el que colaboró en su desarrollo.

Es importante señalar que en la coordinación entre Servicios Sociales y Sanitarios y con el resto de intervinientes en una emergencia, el objetivo final es la atención integral centrada en el paciente, consiguiendo una mejor calidad asistencial y una mayor sostenibilidad económica de los sistemas de protección (Rodríguez y Jiménez, 2011). Así mismo, en toda situación de emergencia, se producen situaciones multiproblemáticas y en consecuencia están llamados a participar profesionales de distintas disciplinas, de allí que los protocolos de actuación, jueguen un papel clave como elemento de coordinación de acción. El Servicio de Emergencias Sociales de la Comarca Alto Gállego (Huesca), territorio de perfil rural, considera clave la coordinación con todos los grupos de intervención, destacando la que debe de existir con el grupo sanitario, puesto que la primera necesidad básica es la vida y la salud (Escartín, 2006). Según Pacheco (2010: 308), el trabajo multidisciplinar es fundamental en las emergencias, *“si no trabajáramos con otros servicios, la respuesta sería incompleta”*.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en su artículo 14 de Prestación de Atención Sociosanitaria (punto 3), dice: *“La continuidad del servicio será garantizada por los Servicios Sanitarios y Sociales a*

*través de la adecuada coordinación entre las Administraciones Públicas correspondientes”.*

La coordinación desde el punto de vista organizativo requiere no sólo la normativización de ésta, sino que deben estar implicados otros niveles que la propicien y la hagan posible. Esto se logra con una comunicación longitudinal que permita conocer las necesidades desde el nivel de actuación, hacia el nivel organizativo y de planificación y desde éste, a su vez, al nivel político y normativo. Y a la inversa, desde el nivel político que se conozcan los diferentes recursos, los medios humanos y materiales, las estructuras organizativas que los sostienen, permitiendo integrar los cambios y propuestas que son necesarios para favorecer dicha coordinación (Pérez, 2007).

Podríamos decir que la coordinación socio-sanitaria por la que trabajamos es un modelo de intervención que trata de gestionar de forma óptima los recursos de ambos sistemas. En cada caso concreto, la intervención conjunta pasa por definir las necesidades contando con las personas afectadas y/o sus familias, establecer un plan de intervención y los recursos asignados para tratar de dar calidad en la atención establecida que periódicamente debe ser evaluada y revisada (Erice y Arraztoa, 2010).

La puesta en marcha del teléfono único de emergencias, conocido como el 112, su desarrollo y su legitimidad funcional incide claramente en dar a los servicios de emergencia una nueva perspectiva de globalidad y de integralidad, en el modo de dar respuesta a los ciudadanos en las situaciones de emergencia que se producen en nuestras ciudades. La respuesta que se articula desde el 112 se produce de forma coordinada e integral, donde cada servicio de emergencia (policía, bomberos, sanitarios, etc.) despliega sus efectivos respondiendo integralmente y cada uno desde sus competencias funcionales e institucionales, proporcionando así la respuesta específica adecuada según las necesidades planteadas en cada situación de emergencia (Pérez, 2009).

La emergencia social como código de activación en el 112 es algo nuevo y constituye un elemento en el que se ha partido de cero, creando y definiendo así

conjuntamente conceptos, protocolos, sistemas de funcionamiento, etc. Cabe señalar que el artículo 2º de la ley 25/1997, de 26 de diciembre de 1997, referido a la Regulación del Servicio de Atención de Urgencias 112, en su artículo 6º, señala como marco general para incorporar a otros servicios de emergencia en el 112, lo siguiente: *“en general, todas aquellas organizaciones cuya finalidad se vincule a la seguridad de las personas, al pacífico disfrute de sus bienes y derechos y al mantenimiento de la normalidad ciudadana”*.

Para finalizar el apartado, hablaremos de los procedimientos operativos y conjuntos entre servicios de emergencias y su utilidad. Según el Centro de Emergencias 112 de la Comunidad de Madrid, los procedimientos operativos son elemento fundamental del modelo de funcionamiento del 112, que permiten tener planificado de antemano cómo actuar ante cualquier tipo de situación de emergencia. De esta manera, la gestión de las incidencias no queda sujeta a la improvisación, ya que responde a decisiones previamente estudiadas y consensuadas entre diferentes servicios que dan como resultado una guía precisa para saber cómo resolver todas las solicitudes que los ciudadanos realizan al 112. El objetivo de los procedimientos operativos es poder desplegar un plan de acción adecuado a la resolución de la emergencia y organizar de forma priorizada su gestión. Como ejemplos, mostramos algunos de los procedimientos de los servicios del SAMUR Social y SAMUR PC de la ciudad de Madrid por ser ambos servicios objeto de estudio de la presente tesis. Los diferentes procedimientos actúan de guía de actuación en la emergencia social (SAMUR Social) y psicológica (SAMUR PC-ROMEO).

1 El SAMUR PC (ROMEEO). La actividad del equipo de psicólogos de guardia (ROMEEO) dentro del área de la emergencia cotidiana se realiza siguiendo un procedimiento de activación/actuación en una diversidad de situaciones: PCR; precipitados; crisis de ansiedad; intentos autolíticos; arrollamiento de tren; agresión sexual; accidentes de tráfico (coche, moto, atropello, etc.); violencia doméstica; maltrato a menores; atentados terroristas; accidentes de tren/avión; intervenciones conjuntas con bomberos y cuerpos de seguridad, entre otros (Pacheco et al., 2008;



Pacheco, 2010). Dentro de sus procedimientos de actuación presenta entre otros: procedimiento general de activación y actuación del psicólogo de guardia, intervención psicosocial en situaciones de crisis, asistencia psicológica en comunicación de malas noticias, inicio y proceso de duelo, asistencia psicológica en crisis de ansiedad, asistencia psicológica en conducta suicida (ideación, autolesiones, suicidio en curso y suicidio consumado), asistencia psicológica en agresión sexual, y otros.

Así mismo, el SAMUR PC lleva a cabo numerosos programas especiales, entre los que destacan: procedimiento de atención a menores (junto a Servicios Sociales y policía); procedimiento de atención a víctimas de violencia de género (junto a psicólogos y policía); procedimiento de atención a víctimas de agresión sexual (junto al Servicio de Atención a la Mujer de policía nacional, el médico forense y el psicólogo); procedimiento de atención a los ancianos en situación de riesgo social, procedimiento de intoxicaciones alimentarias (junto a Madrid Salud); procedimientos de AMV, procedimiento de atención a huelga de hambre (en comunicación con la judicatura); programa de activación (junto a Servicios Sociales), de la campaña de frío y programa de comunicación de malas noticias en domicilio, acompañando el psicólogo a la policía.

2 SAMUR Social. El servicio presenta un procedimiento de actuación de la central, unidades móviles y equipos de calle que guiarán la actuación de todos los profesionales. El objetivo fundamental del documento es facilitar la coordinación en el trabajo diario entre dos equipos de profesionales. Uno se ubica en la central del SAMUR Social, el otro ubicado en la calle, y que está compuesto por los profesionales de las unidades móviles y equipos de calle. Dentro de sus procedimientos de actuación presenta entre otros: procedimiento básico de actuación del SAMUR Social para cualquier tipo de emergencia colectiva, procedimiento de intervención con mayores en riesgo: gestión de internamientos involuntarios en residencias, procedimiento de actuación con PSH en situación de emergencia social, y otros.

Así mismo, el procedimiento de actuación conjunta SAMUR PC y SAMUR Social (ver anexo 3) para situaciones de emergencia individual, está destinado a

establecer y regular la sistemática de actuación operativa en aquellos casos en los que sea precisa la actuación conjunta de ambos servicios, facilitando la asistencia. El procedimiento de actuación conjunta entre SUMMA-112 y SAMUR Social (ver anexo 3) para situaciones de emergencia social, fue elaborado por la necesidad de una coordinación entre ambos servicios ofreciendo un abordaje multidisciplinar. Resulta por tanto necesario, articular estructuras que garanticen una actuación coordinada entre los diferentes servicios intervinientes en las actuaciones de emergencia. El protocolo entre el SUMMA-112 y el SAMUR Social del Ayuntamiento de Madrid, es un instrumento que favorece la actuación coordinada e integral en las situaciones sanitarias y sociales.

#### **4.4 LOS RECURSOS SOCIO-SANITARIOS QUE DAN RESPUESTA A LA EMERGENCIA SOCIAL**

Según la RAE, recurso es *“el medio de cualquier clase, en caso de necesidad, que sirve para conseguir lo que se pretende”*. En su acepción plural, el término viene definido como *“conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo una empresa”*.

El concepto de recurso o recursos, por tanto, está ligado al de necesidad. Las diversas emergencias, sean individuales, familiares, colectivas o grandes emergencias, generan (o pueden generar) múltiples necesidades a los afectados y también a los propios intervinientes. Entre ellas recordamos algunas ya citadas: información, realojo por pérdida de vivienda, apoyo emocional, agua y comida, ropa de abrigo, contacto con los seres queridos, recuperación u obtención de la medicación habitual, en definitiva, necesidades vitales y sociales, donde los trabajadores sociales están muy familiarizados (Arricivita, 2009).

A continuación, detallaremos los recursos para la gestión de la atención social de las emergencias, según las diferentes situaciones y los diversos grupos de afectados que pueden requerir atención social y especialmente a los de mayor vulnerabilidad psicosocial. Partiremos de una visión extensa de la emergencia, entendida ésta como un contínuum que transcurre desde el *antes de*, pasando por el *durante*, hasta el *después de*.

De este modo, abarca recursos en las tres etapas: prevención primaria (previsión, prevención, planificación, investigación, información y formación), secundaria (intervención asistencial) y terciaria (rehabilitación psicosocial).

a) La prevención primaria es coincidente con las funciones de PC de previsión, prevención y planificación, formación e información según el Real Decreto 407/1992, de 24 de abril, por el que se aprueba la Norma Básica de Protección Civil, marco legislativo de diferentes ámbitos de acción (PC, servicios sanitarios, sociales, de extinción de incendios y salvamento, etc.); planificación a través de Planes, programas, proyectos y protocolos de la acción de diversos servicios (PC, Servicios Sanitarios, Sociales, policiales, judiciales, etc.); formación, educación, investigación y documentación relativa a aspectos diversos concernientes a la atención psicosocial en contextos de emergencia o catástrofe: problemas y necesidades de orden social, reacciones psicológicas y patología postraumática, albergue de emergencia, procesos de duelo, cuidado de intervinientes, recursos sociales, etc.

b) La prevención secundaria y terciaria. Siguiendo a Arricivita (2009) existen diversos recursos cuando se presenta una situación de emergencia distribuidos de necesidades básicas, prácticas y sociales posibles:

1. Albergue de emergencia (alojamiento): alojamientos individuales-familiares (conveniados y no conveniados): pensiones, hostales, hoteles, etc., alojamientos colectivos (cubiertos y no cubiertos): polideportivos, colegios e institutos con cocina y comedor, campings, iglesias, centros de ocio, instalaciones deportivas, residencias de estudiantes, albergues juveniles, campus universitarios, etc., alojamientos para colectivos vulnerables (conveniados y no conveniados): residencias de ancianos, centros de personas con discapacidades físicas, mentales y sensoriales, albergues sociales, etc., establecimientos suministradores de casas prefabricadas, tiendas de campaña, caravanas, etc., establecimientos suministradores de material de descanso: colchonetas, sábanas, cunas de bebé, etc., otros.

2. Alimentación (comida y bebida): servicio de catering, tiendas 24 horas, empresas-restaurantes-bares de comidas a domicilio, servicios de comidas a domicilio (sociales), bancos de alimentos, establecimientos de alimentación de la zona, empresas suministradoras de kits de alimentos, de “raciones de campaña” y/o de “comidas de emergencia”, empresas suministradoras de agua y otras bebidas, máquinas expendedoras de agua, comedores sociales, comedores de servicios y/o instituciones públicas: universidades, ministerios, etc., otros.
3. Dinero: en efectivo disponible en la central del Servicio de Emergencias Sociales (SES), bancos, cajeros 24 horas, servicios de cancelación de tarjetas bancarias, otros.
4. Traslado y evacuación: servicios públicos de transporte colectivo, empresas de transporte colectivo, taxis, estaciones de transporte colectivo: autobuses, trenes, aeropuertos, puertos, etc., empresas de transporte urgente, agencias de viajes, otros.
5. Frío-calor: almacén de suministros en la central del SES, establecimientos suministradores de mantas, aparatos generadores de frío (ventiladores de aire, etc.), aparatos generadores de calor (radiadores, calefactores, etc.), hielo (estaciones de servicio, supermercados, etc.), otros.
6. Higiene personal: productos de higiene íntima y personal a disposición de la central del SES, establecimientos suministradores de productos de higiene íntima: compresas, tampones, pañales, papel higiénico, máquinas expendedoras de productos de higiene íntima y productos de aseo, establecimientos suministradores de productos de aseo personal: jabón, pasta de dientes, kits de afeitado, etc., empresas suministradoras de kits de higiene personal y aseos móviles, establecimientos suministradoras de aseos móviles y de toallas.
7. Iluminación: establecimientos suministradores de material de iluminación: linternas, baterías, pilas, cargadores de baterías, generadores y proyectores de luz, grupos electrógenos, velas, etc., otros.

8. Información: traductores, monitores de personas ciegas y perros-guía, mediadores interculturales, medios de comunicación: emisoras de radio, periódicos, centros de televisión..., internet, Ministerio de Asuntos Exteriores, embajadas y consulados (Unidad de Emergencia Consular), servicios de información: PC y, emergencias: centros de gestión de emergencias (112) locales, supramunicipales, insulares, autonómicos y nacionales, sanitaria: servicios de atención al usuario/paciente Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP), centro de gestión de emergencias sanitarias, social: Servicios Sociales comunitarios, Institutos de Servicios Sociales, etc., judicial, laboral: Centro de información de la Seguridad Social (CAISS), etc., institucionales: ministerios, delegaciones y subdelegaciones del Gobierno, comunidades autonómicas, ayuntamientos y entes supramunicipales, logísticos: Dirección General de Tráfico (DGT), Renfe, Administración de Infraestructuras Ferroviarias (ADIF), Correos, Radio Comunicaciones Marítimas, compañías telefónicas y de otras telecomunicaciones, Instituto Nacional de Meteorología, etc., establecimientos suministradores de telefonía móvil, cargadores, tarjetas, etc., otros.
  
9. Medicamentos y otros productos sanitarios: farmacias 24 horas y 12 horas, farmacias de la zona, farmacias de guardia, establecimientos de material ortoprotésico, otros.
  
10. Muerte y duelo: servicios funerarios, tanatorios, cementerios, Instituto de Medicina Legal, grupos y asociaciones de apoyo al duelo, juzgados, servicios florales funerarios, compañías de seguros, equipos de identificación de cadáveres, otros.
  
11. Red social formal en emergencias:
  - a) Servicios Sociales de emergencia: teleasistencia, SES, servicios de atención urgente a mujeres maltratadas, servicios de atención urgente a personas mayores, teléfono de ayuda al menor, servicio de guardia de

protección de menores, etc., comunitarios y especializados, empresas de servicios personales y sociales: ayuda a domicilio, canguros, etc.

b) Departamentos – equipos de atención psicosocial de: servicios sanitarios (trabajadores sociales sanitarios, unidades de salud mental, etc., Institutos de medicina legal y juzgados) equipos psicosociales, educación (equipos psicopedagógicos).

c) Voluntariado especializado en emergencias: Cruz Roja, agrupaciones de voluntarios de PC, etc.

d) Colegios profesionales vinculados a la atención psicosocial de: trabajadores sociales, psicólogos, abogados, educadores sociales, etc.

e) Asociaciones de profesionales vinculados a la atención psicosocial de: trabajadores sociales sanitarios, trabajadores sociales de emergencias, psicólogos emergencistas, etc.

f) Organizaciones asistenciales de apoyo en accidentes: de tráfico, quemaduras, traumatismos craneoencefálicos, etc.

g) Organizaciones asistenciales de apoyo a afectados en catástrofes.

h) Organizaciones asistenciales de apoyo a afectados por la violencia política.

i) Organizaciones asistenciales para enfermedades crónicas: demencias, esclerosis múltiple, sida, enfermedades mentales, etc.

j) Profesionales de la atención psicosocial: trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, educadores, etc.

k) Apoyos específicos a afectados en emergencias concretas: víctimas de emergencias masivas y catástrofes, terrorismo, violencia de género, maltrato infantil, etc.

l) Agrupaciones y/o profesionales de actividades artísticas con fines terapéuticos y lúdicos: musicoterapeutas, actores, grupos de teatro infantil y de teatro social, talleres de expresión, etc.

12. Reunificación familiar: saleta-comedor en la central del SES, departamentos, servicios o programas institucionales de apoyo a la red familiar, servicios de

búsqueda de desaparecidos: Cruz Roja Internacional, etc., establecimientos de materiales para la expresión y el entrenamiento: papelerías, jugueterías, etc.

13. Ropa y calzado: material de uso diario para la central del SES, establecimientos y/o empresas suministradoras de ropa interior, ropa de abrigo, ropa diversa y de calzado, roperos sociales, otros.
14. Vivienda: establecimientos suministradores de útiles para la limpieza básica: ferreterías, etc., equipos y servicios de desinfección, desratización y desparasitación, servicios de limpieza urgente, cerrajerías 24 horas, fontanerías 24 horas, empresas de servicios para viviendas, otros.
15. Otros recursos para la atención social en emergencias:
  - a) Recursos sanitarios en urgencias-emergencias: servicios sanitarios de urgencia-emergencia: 112, hospitales, centros de salud, unidades de salud mental, farmacias de guardia, urgencias toxicológicas (teléfono 24 horas), bancos de sangre, centros de donación del cuerpo, equipos y centros de trasplante de órganos, urgencias veterinarias, ambulancias y transporte sanitario urgente, ONG de ayuda humanitaria y de emergencia sanitaria, otros.
  - b) Recursos de extinción de incendios y salvamento: cuerpo de bomberos local, provincial, autonómico, etc., brigadas de bomberos forestales, agrupaciones de bomberos voluntarios, asociaciones y federaciones de socorristas y técnicos de salvamento, cuerpos especiales de rescate y salvamento, otros.
  - c) Recursos policiales en la urgencia-emergencia: comisarías, policía local, autonómica y nacional, guardia civil, otros.
  - d) Recursos legales y judiciales: juzgado de guardia, Instituto de Medicina Legal, colegio de abogados, otros.

- e) Recursos logísticos: servicios de urgencia de empresas de electricidad, gas, ascensores, agua, telefonía, servicios de mensajería urgente, estaciones de servicio y gasolineras, otros.
- f) De gestión de emergencias: centros de gestión de emergencias, 112, teleasistencia domiciliaria, 092, otros.

Los recursos detallados, son medios humanos, materiales, legislativos, institucionales, asociativos, técnicos, etc., ya sean públicos o privados, que sirven para ayudar a dar solución a esas múltiples necesidades que puede tener una persona, una familia o una colectividad cuando se ve envuelta en situaciones estresantes y/o traumáticas que comprometen su autonomía y con frecuencia su salud, incluso su vida. Así, un recurso para la gestión de la atención social en emergencias puede ser tanto un profesional: trabajador social, psicólogo, enfermero, médico, etc., como un alojamiento de emergencia.

Según Aliena y Pérez (2006), es necesario más recursos en los Servicios Sociales y en Trabajo Social. Aunque los autores hacen reflexionar sobre más allá de los recursos, en el que el profesional del Trabajo Social y los fines de la profesión requiere de un mayor protagonismo, para mejorar la sociedad, y donde las personas puedan vivir mejor.

A continuación describiremos los recursos que dan respuesta a las emergencias sociales: SAMUR Social Madrid y SAUS Valencia como servicios de atención social a las emergencias sociales y SAMUR PC Madrid y SAMU Comunidad Valenciana-Valencia como servicios sanitarios de atención a las urgencias y emergencias médicas extrahospitalarias.



## 1- El SAMUR Social de la ciudad de Madrid como servicio social de atención a las emergencias sociales<sup>46</sup>

En relación a los recursos de los que dispone el SAMUR Social, encontramos los siguientes:

a) En RRHH cuenta con 150 profesionales repartidos de la siguiente manera: 8 profesionales con funciones de coordinación o mandos, 41 profesionales que prestan servicio en la central del SAMUR Social (trabajadores sociales, auxiliares de Servicios Sociales, asistencia interna, y administrativos), 101 profesionales que actúan directamente en la calle (trabajadores sociales, auxiliares de Servicios Sociales, conductores). Los equipos de intervención en la calle son 8 unidades móviles y 12 equipos de calle.

b) Los recursos materiales con los que cubren la emergencia social son los siguientes: la central del SAMUR Social, es un edificio de 4 plantas con variedad de servicios entre los que destacan la UEB (20 plazas), la sala de comunicaciones (para 11 puestos de operadores) y la zona de convivencia (comedor-sala de estar, etc.). Es el lugar en el que se reciben las llamadas (sala de comunicaciones) y se coordinan las actuaciones de calle que realizan las unidades móviles y equipos de calle. Constituye el dispositivo básico desde el que se posibilita la atención telefónica y presencial. Proporciona, como prestación básica y general a toda la población, información y orientación sobre los Servicios Sociales y sus prestaciones. De igual modo, su principal objetivo, es atender a las emergencias sociales, realizando la intervención directa con el afectado o los afectados, bien en la sede de la central o desplazándose al lugar donde se ha producido la emergencia social.

---

<sup>46</sup> Extraído de la Memoria de actividades del año 2013. Dirección General de Igualdad de Oportunidades (2013).

c) Prestaciones económicas: 120.000 € anuales para emergencias sociales 30% y 70% para PSH y materiales para garantizar la respuesta a las necesidades básicas que surgen en una emergencia social. Y además concertación de plazas en hostales y pensiones, un centro para apoyo a la atención de emergencias colectivas: Centro Municipal de Urgencias Sociales (CEMUS), plazas de alojamiento específicas, según sector de población, para atender las emergencias sociales donde se requiere un dispositivo de alojamiento: plazas en residencia de personas mayores, plazas en centros de acogida para PSH y en otros recursos que atienden a dicho colectivo, plazas en dispositivos de atención a extranjeros, plazas en centros de acogida de menores, plazas en centros para personas con discapacidad y centro para mujeres solas o con menores a cargo.

A continuación mostramos en la tabla 10 los recursos de alojamiento de los que dispone el servicio SAMUR Social de la ciudad de Madrid y el número de plazas de cada recurso.

Tabla 10. Recursos de alojamiento del SAMUR Social Madrid.

RECURSOS	PLAZAS
Unidad de Estancias Breves (Central SAMUR Social)	20
PERSONAS SIN HOGAR	
Centro Acogida San Isidro (Hombres)	7
Centro Acogida San Isidro (Mujeres)	5
Centro Abierto La Rosa	5
Centro Abierto Peñuelas	8
Centro Abierto Pozas	6
Puerta Abierta (Hombres)	6
Puerta Abierta (Mujeres)	3
El Parque (Inmigrantes)	5
Campaña de Frío *	
MAYORES	
Gran Residencia (deterioro cognitivo y físicos)	4
Margarita Retuerto (deterioro cognitivo)	8
Santa Engracia (físicos)	6
SERVICIO AYUDA DOMICILIO URGENTE **	
MUJERES CON HIJOS MENORES	
Luz Casanova	9
PISO DE EMERGENCIA	
	Capacidad 6 personas
Residencia Discapacidad Física	1
CEMUS	
NH HOTELES ***	
AYUDAS ECONÓMICAS	

Fuente: Ibídem, 2013.

\* Campaña de Frío. Del 25 de noviembre al 31 de marzo, se incrementan las plazas en los centros y se habilitan salas cuando la previsión de temperaturas es inferior a 0 grados.

\*\* Servicio de Ayuda a Domicilio Urgente. Servicio que se fija en horas anuales. Permite no sacar a una persona del domicilio y ante una situación de emergencia y con apoyo de la ayuda a domicilio se puede contener la situación en su entorno.

\*\*\* NH Hoteles. Hay un contrato con la cadena de hoteles NH. Se fija un pago anual.

## **2- Servicio de atención a urgencias sociales y colaboración en emergencias SAUS. Ajuntament de Valencia. Regidoria de Benestar Social i Integració<sup>47</sup>**

El SAUS es un Servicio de Atención Primaria, depende de la Sección que gestiona los CMSS y por ello una vez finalizada la situación de urgencia se deriva al CMSS correspondiente para su posterior actuación si procede. Al no ser un servicio especializado, no tiene centros asociados, por lo que no tiene plazas, sino que dispone de recursos económicos para el pago de alojamientos. Así mismo, el SAUS está pensado como un recurso de Atención Primaria utiliza la red de recursos normalizados existentes en la ciudad.

En relación a los recursos de los que dispone el SAUS, encontramos los siguientes:

a) RRHH: 1 coordinador (100% de la jornada), 1 psicólogo (89.33% de la jornada), 5 diplomados en Trabajo Social (89.33% de la jornada), 3 técnicos de integración social (89.33% de la jornada). Además, la Administración aporta una figura funcional con dedicación de jornada completa para la Dirección del Servicio con adscripción a la Delegación Municipal de Bienestar Social e Integración.

b) Recursos materiales: Local del SAUS. 1 unidad móvil, vehículo adaptado de 7 plazas. Disponiendo en su interior del siguiente material: rampa de acceso y silla de ruedas, chalecos identificativos reflectantes, conos-pivotes para señalización vía pública, guantes higiénicos de látex, gel higiénico-desinfectante para manos, botiquín completo, funda higiénica-impermeable para asientos, linternas, silla para traslados de bebés, alza para traslado de menores, mantas térmicas, nevera isotérmica, planos de ciudad, guía de recursos con plano correspondiente, GPS, manos libres, cargador de teléfono móvil, ordenador portátil, agua. Terminales telefónicos. El SAUS dispone de 3

---

<sup>47</sup> Extraído de la Memoria del Servicio de Bienestar Social e Integración. Ayuntamiento de Valencia (2012); Camús, 2012.

terminales con acceso a Internet y navegador GPS integrado, para facilitar la recepción de correos a tiempo real aun estando activado el servicio, y la localización geográfica de la incidencia. Con respecto al equipamiento informático, el servicio dispone de 4 equipos informáticos (3 portátiles y un equipo fijo), conexión inalámbrica a Internet, 1 impresora multifunción, 3 webcams y software de videoconferencia. Como material fungible. Material de oficina para el desarrollo del servicio, así como todo el material imprescindible para atender las situaciones de urgencia que se pudieran presentar: mantas térmicas, linternas, termos, etc., (ya descritos en la referencia a la unidad móvil).

c) Recursos económicos. El servicio dispone de 3.000 € anuales en forma de prestación económica para resolver con inmediatez necesidades perentorias de las personas atendidas.

### **3- El Sistema de emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias en Madrid. SAMUR PC<sup>48</sup>**

En la cartera de servicios, se encuentra: asistencia sanitaria y resolución de las urgencias y emergencias en la vía pública o locales públicos de la ciudad, gestión, coordinación y atención sanitaria de las situaciones de grave riesgo colectivo o catástrofe, colaboración y asistencia en catástrofes internacionales, cobertura sanitaria de situaciones previsibles de riesgo, gestión y organización del voluntariado de PC, función formativa tanto de la ciudadanía como de otros profesionales del ámbito de la urgencia y emergencia.

En relación a los recursos de los que dispone el SAMUR PC, encontramos los siguientes:

---

<sup>48</sup> Datos extraídos de la Memoria del SAMUR PC 2012/2013. Dirección General de Protección Civil y Emergencias (2012).

a) Entre los RRHH al finalizar el periodo bianual de la memoria, la plantilla profesional estaba compuesta por 657 trabajadores, según los perfiles profesionales, son las siguientes: 88 médicos, 83 enfermeros, 436 técnicos, 41 administrativos y los 9 restantes psicólogos, junto con un sociólogo y un farmacéutico. En 2013 habían 1.770 voluntarios. Además de su habitual trabajo en las emergencias sanitarias en la vía pública y locales públicos, el SAMUR-PC es el único servicio que cuenta con un psicólogo de emergencias.

b) Recursos materiales: disponen de 21 bases operativas distribuidas en función de la demanda asistencial en los diferentes distritos de la ciudad. En los recursos móviles asistenciales, tienen unidades de Soporte Vital Avanzado (SVA) (27 unidades de médico/enfermero/técnico), unidades SVB (63 unidades de 2 o 3 técnicos); unidad psiquiátrica (1 unidad de 3 técnicos); Vehículo de Intervención Rápida (VIR) (15 unidades de médico/enfermero y técnico); motocicleta primera intervención (15 unidades de técnico); columna sanitaria (8 unidades de técnico); vehículos de procedimientos especiales (3 unidades de técnico); remolques (10 unidades); vehículo de apoyo a la intervención sanitaria (3 unidades de técnico); transporte material (7 unidades); transporte de personal (14 unidades de técnico); vehículo de intervención apoyo psicológica (ROMEO) (1 unidad de psicólogo y técnico); vehículos de mantenimiento operativo (2 unidades de técnico); centro de comunicaciones (1 de técnico de central). Además, disponen de dos vehículos para la atención a catástrofe Nuclear, Biológico, Químico (NBQ) y 2 hospitales de campaña. Entre sus competencias también está la realización de preventivos de riesgo (manifestaciones, eventos deportivos, etc.) y dispone de una Unidad de Apoyo a Desastres para salir a cualquier parte del mundo en cualquier momento y ayudar a los damnificados de grandes catástrofes.

#### 4- El Sistema de Emergencias y Urgencias Médicas extrahospitalarias en la Comunidad Valenciana-Valencia. SAMU<sup>49</sup>

Entre la cartera de servicios del SEM se incluye: recepción de llamadas y gestión de la demanda sanitaria, información sanitaria, consulta médica/consejo médico, coordinación de urgencias y emergencias, coordinación de servicios sanitarios, visita urgente domiciliaria, asistencia sanitaria *in situ*, transporte sanitario primario, transporte secundario de pacientes críticos: adultos y neonatos, información a pacientes y familiares, asistencia y coordinación en incidentes de múltiples víctimas y catástrofes, diseño, coordinación y atención sanitaria de dispositivos de riesgo previsible, cobertura sanitaria de actos oficiales, participación en Planes de Emergencias de PC y simulacros, apoyo a trasplantes, apoyo a hospitalización domiciliaria, formación e investigación en materia de urgencias y emergencias, educación para la salud en urgencias y emergencias.

En relación a los recursos de los que dispone el SAMU, encontramos los siguientes:

a) RRHH: - CICU Castellón (7 médicos-coordinadores, 6 locutores); CICU Valencia (11 médicos-coordinadores, 13 locutores); CICU Alicante (9 médicos-coordinadores, 12 locutores).

- Castellón médicos SAMU (41); enfermeros SAMU (41); conductor-camillero SAMU (27); conductor-camillero SVB (51); conductor (51); piloto helicóptero (3); mecánico helicóptero (3).

---

<sup>49</sup> Datos extraídos de Barroeta y Boada, 2011; González., 2012; Martín et al., 2014.

- Valencia médicos SAMU (101); enfermeros SAMU (101); conductor-camillero SAMU (69), conductor camillero SVB (129); conductor SVB (129); piloto helicóptero (1).

- Alicante: médicos SAMU (93); enfermeros SAMU (93); conductor-camillero SAMU (59); conductor-camillero SVB (114); conductor SVB (114).

- Actualmente los conductores-camilleros y camilleros necesitan un ciclo formativo de Grado Medio correspondiente al título de Técnico en Emergencias Sanitarias (TES) según la orden de 29 de julio de 2009, de la Consellería de Educación. Personal de dirección y administración: Castellón (13); Valencia (22); Alicante (20). Personal de servicios centrales (6).

b) Recursos materiales: 3 CICUs, 3 unidades logísticas de AMV/vehículo de intervención y coordinación.

- Castellón: unidades SAMU (7 de 24 horas, 2 de 12 horas).

- Valencia: unidades SAMU (14 de 24 horas, 5 de 12 horas)

- Alicante: unidades SAMU (14 de 24 horas y 3 unidades de 12 horas).

- Castellón: unidades SVB (15 de 24 horas, 2 de 12 horas).

- Valencia unidades SVB (33 de 24 horas, 15 de 12 horas).

- Alicante unidades SVB (35 de 24 horas, 3 de 12 horas).

- Helicóptero de transporte secundario interhospitalario en Valencia (1).

La dotación del personal es la siguiente:

- Unidades SAMU: 1 médico SAMU, 1 enfermero SAMU y 1 TES SAMU por turno.
- Unidades de SVB es de 2 TES por turno.
- El equipo del helicóptero es: piloto, mecánico, médico SAMU y enfermero SAMU (el médico y enfermero proceden de una unidad SAMU terrestre).



Los dispositivos sanitarios de los que dispone el CICU para resolver el incidente sanitario una vez clasifica la demanda sanitaria son los siguientes: centros de salud, equipos de Atención Primaria (médico y/o personal de enfermería), hospital, helicóptero de transporte secundario interhospitalario, SVA-SAMU, SVB y ambulancia de transporte no asistido (TNA).

Una vez descritos los recursos socio-sanitarios de los Servicios Sanitarios y Sociales de emergencias de la ciudad de Madrid y de la Comunidad Valenciana-Valencia, nos disponemos a detallarlos en la tabla 11.

Tabla 11. Recursos socio-sanitarios en la ciudad de Madrid y en Valencia-Comunidad Valenciana.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS EMERGENCIAS SOCIALES	
RECURSOS SOCIO-SANITARIOS	
SAMUR Social Madrid	<p>RRHH: 150 profesionales (101 entre trabajadores sociales, auxiliares de Servicios Sociales y conductores).</p> <p>Equipos de intervención: 8 unidades móviles y 12 equipos de calle.</p> <p>Recursos materiales: Central de comunicaciones.</p> <p>Recursos de alojamiento: UEB (20 plazas), PSH (45 más los recursos de la campaña de frío: centro de Pinar de San José, CEMUS, plazas de pensiones, hostales y hoteles NH, centro de acogida casa de campo para inmigrantes, dispositivo alternativo. Según disponibilidad), centro de acogida de mujeres solas o con hijos, plazas en residencia para mayores, plazas de acogida de menores, plazas en centros de discapacitados, servicio de ayuda a domicilio urgente.</p> <p>UEB: cubre las necesidades básicas de comida (catering), ropa, etc.</p> <p>Varios: equipos informáticos, mantas, material fungible, etc.</p> <p>Prestaciones económicas: 120.000 € anuales para emergencias sociales 30% y 70 % para PSH y materiales: billetes de transporte, compra de medicinas, compra de comida, etc.</p>

SAUS Valencia	<p>RRHH: 11 (5 trabajadores sociales, 1 psicólogo, 3 técnicos de integración social y una figura funcional).</p> <p>Equipos de intervención: 1 unidad móvil.</p> <p>Recursos materiales: local físico del servicio.</p> <p>Recursos de alojamiento: No dispone propios.</p> <p>Varios: terminales telefónicos, equipamiento informático, material fungible, etc.</p> <p>Prestaciones económicas: 3.000 € anuales.</p>
SAMUR PC Madrid	<p>RRHH: 657 (entre los que destacamos 9 psicólogos, 88 médicos, 83 enfermeros y 436 técnicos), 1.770 voluntarios.</p> <p>Recursos materiales: Centro de comunicaciones 1, Centro coordinador 112.</p> <p>21 bases operativas.</p> <p>Dispositivos asistenciales: SVA 27, SVB 63, Unidad psiquiátrica 1, VIR 15, Motocicletas 15, columna sanitaria 8, vehículos de procedimientos especiales 7, remolques 10, vehículo de apoyo a la intervención sanitaria 3, unidades transporte de material 7, unidades transporte de personal 14, vehículo de intervención apoyo psicológica (ROMEO) 1, vehículos de mantenimiento operativo 2, vehículos atención a catástrofe NBQ 2, 2 hospitales de campaña</p>
SES-SAMU Comunidad Valenciana-Valencia	<p>RR.HH: 625 en la Comunidad Valenciana (profesionales SAMU médicos, enfermeros y conductores-TES), 271 en Valencia provincia, 75 Valencia ciudad (25 médicos, 25 enfermeros).</p> <p>3 centros de coordinación CICU (1 por provincia).</p> <p>Bases operativas: SAMU 45 en la Comunidad Valenciana (Valencia provincia 19, Valencia ciudad 6), SVB 103 (Valencia provincia 48, Valencia ciudad 6).</p> <p>Dispositivos asistenciales: SVA-SAMU 45 (Valencia provincia 19, Valencia ciudad 6), SVB 103 Valencia provincia 48, Valencia ciudad 6), helicóptero 1, unidad logística de AMV/ vehículo de intervención y coordinación 3.</p> <p>Recursos de los que dispone el CICU: Centros de salud, hospitales, helicóptero, SVA-SAMU, SVB, TNA, equipos de Atención Primaria (médico y/o personal de enfermería).</p>

Para concluir el apartado diremos que la inmediatez es una de las características de los servicios de emergencias, donde la atención a la salud y necesidades psicosociales son objeto de su intervención. Los profesionales son los verdaderos protagonistas de la atención socio-sanitaria, pero los recursos que dan respuesta a las emergencias son fundamentales para resolver su situación de necesidad, ya sea física, psicológica o social de manera integral y coordinada, intentando conseguir la máxima protección del ciudadano.

#### **4.5 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO**

Las situaciones de emergencia, en una sociedad tan compleja y desarrollada como en la que vivimos, no se limitan exclusivamente a aquellas en las que se pone en riesgo inmediato la integridad física de la persona (salud y seguridad). El ciudadano de hoy solicita respuesta inmediata ante otro tipo de necesidades más complejas como es la pérdida de autonomía personal y la necesidad de protección social. En este sentido, nos encontramos que cada vez toma un mayor peso el concepto de emergencia social, entendida como aquella situación que puede desembocar en estados de vulnerabilidad y desprotección social, donde se hace necesaria una atención inmediata que mitigue, en la medida de lo posible, los efectos de una situación sobrevenida, proporcionando respuestas sociales que favorezcan el reestablecimiento de la normalidad y estabilidad social y personal dañada o incluso perdida a partir de la emergencia social acontecida.

Cada emergencia supone un entramado multiproblemático y único que genera una serie de dificultades y en cuya evolución pueden aparecer otras nuevas, variar o desaparecer las inicialmente presentes, coexistir unas con otras, etc., requiriendo de una intervención psicosocial en coordinación con el resto de profesionales de la emergencia y respondiendo con recursos socio-sanitarios como medio de protección cuando sea pertinente.



# **SEGUNDA PARTE**

## **METODOLOGÍA**





Con esta investigación se pretende encontrar las evidencias que justifiquen un recurso: un servicio de atención a las emergencias sociales 24 horas coordinado con el resto de profesionales de la emergencia, en la ciudad de Valencia. La investigación se ha llevado a cabo a partir de una triangulación de instrumentos, una metodología mixta que detallaremos en la aproximación metodológica.

La muestra del estudio ha sido seleccionada en dos ciudades diferentes: Valencia y Madrid.

En Valencia, el SAUS, Servicio Social de Urgencias que existe desde septiembre de 2011. Se han realizado entrevistas en profundidad. Y también se ha analizado el SAMU como Servicio de Emergencias Sanitarias, a partir de una encuesta de detección de la emergencia social a los profesionales (desde febrero de 2013 hasta febrero 2014).

Este estudio se ha realizado en todas las unidades SAMU que prestan atención en la ciudad de Valencia: alfa1, alfa2, alfa 3, alfa 4, alfa 6, alfa 7 y alfa 8.

En Madrid, ciudad en la que los servicios de emergencias, tanto sanitarios como sociales son pioneros en Europa, se ha realizado un análisis del SAMUR Social, el SAMUR PC y el SUMMA-112.

El SAMUR Social de esta ciudad presta servicio desde junio de 2004. En el SAMUR Social se realizaron entrevistas en profundidad.

También se analizó el SAMUR PC que es un servicio de emergencias sanitarias en vía pública y recintos. Aquí se realizaron también entrevistas en profundidad.

En el SUMMA-112, que es un servicio de emergencias sanitarias que realiza atención a domicilio entre otros servicios, se ha realizado un estudio de caso único de entre los atendidos de febrero de 2013 a febrero de 2014.

A continuación presentamos la justificación y propósito del estudio, los objetivos y preguntas de investigación planteadas. Describiremos la aproximación

metodológica, y el diseño de las técnicas de toma de datos: encuesta, entrevista y estudio de caso único. Finalmente mostraremos los resultados del análisis, y la discusión de los resultados, y finalizamos con las conclusiones.

## **1 JUSTIFICACION Y PRÓPOSITO**

El campo de estudio o tema de investigación de la presente tesis son las situaciones de emergencia social que suponen hechos imprevistos y repentinos y generan situaciones de vulnerabilidad social, desbordando las redes normalizadas y estables de la respuesta social, requiriendo respuestas inmediatas y cualificadas a cualquier hora del día que puedan ayudar a favorecer la inclusión social. Las situaciones de emergencia y catástrofes, con independencia de que sean de carácter individual o colectivo, favorecen el desarrollo de situaciones de riesgo social, y requieren una atención integral biopsicosocial contribuyendo a normalizar en el menor tiempo posible la situación que ha generado la emergencia y ha desestabilizado la vida cotidiana del ciudadano.

España es un país pionero en Europa en atención social de emergencia. Madrid dispone desde el año 2004 de un servicio de atención a las emergencias sociales y atención a PSH municipal denominado: SAMUR Social, que funciona con una respuesta rápida, al contar con recursos para las situaciones de necesidad social y se coordina con el resto de servicios de emergencia, mediante diferentes procedimientos para favorecer la atención integral del ciudadano.

La sensibilidad de las necesidades sociales detectadas como problema social puede ser considerado desde una triple perspectiva (Silverman, 2006): histórica, política y contextual que nos sitúa en el campo de las emergencias sociales y se muestra en el capítulo del marco teórico precedente. La sensibilidad histórica se refleja a través de los antecedentes de las políticas sociales, Estado del Bienestar y los Derechos Humanos, visibilizando las necesidades sociales como problema social y su campo de intervención. La sensibilidad política se refleja mediante las definiciones de los problemas sociales detectados en forma de necesidades sociales como es la dependencia



y la Ley 39/2006 de Atención a la Dependencia, entre otras y la legislación revisada a lo largo de toda la investigación que puede ser consultada en las referencias bibliográficas en su conjunto. Además la sensibilidad política se refleja vadeando la evolución de la protección social en España y en Europa, las áreas de protección y los objetivos de protección en el siglo XXI. También el Sistema de Servicios Sociales en España y en la Comunidad Valenciana manifiesta la protección ante las necesidades sociales que se analizan y evalúan en la investigación. Así mismo se muestra en el Trabajo Social y en la intervención ante las necesidades sociales por los servicios de atención a las emergencias sociales en diversas ciudades españolas y con leyes que las sustentan. Y por último, la sensibilidad contextual que es la categoría menos auto-explicativa y más polémica -según Silverman-, se muestra en los ciudadanos y familias en el contexto de situaciones de vulnerabilidad, pobreza, exclusión y efectos de la crisis económica generadoras de situaciones de emergencia social. Un ejemplo de esto que estamos comentando sería una familia que ha perdido el sustento económico por haber perdido el trabajo y haberse terminado la prestación por desempleo y que no tenga ninguna prestación social que lo pueda mantener, un caso de malos tratos a una mujer sin recursos o una situación de dependencia por soledad sobrevenida.

¿Por qué una atención social en emergencias? Recordemos que una emergencia es un hecho imprevisto, que altera la rutina diaria de las personas, tiene consecuencias negativas indeseables y requiere de respuestas inmediatas desde el concurso coordinado de diversos especialistas (sociales, sanitarios, de rescate, gestores y operadores de emergencias, etc.). En una emergencia aparecen problemas y necesidades de carácter social: muerte de seres queridos, ausencia de red familiar próxima, pérdida temporal o definitiva de vivienda y necesidad de realojo, necesidades de aseo e higiene, de agua y alimentos o de ropa, desprotección física ante frío o calor, necesidad de información, pérdida de trabajo y medios económicos, soledad sobrevenida o desaparición de personas, que a menudo suelen ir acompañados de reacciones psicológicas reflejas tales como miedo, angustia, impotencia, confusión, negación de la realidad, mente en blanco, desorientación, taquicardia, conductas de huida o evitación, etc.

En definitiva, cada emergencia es un entramado multiproblemático y único que genera una serie de dificultades y necesidades específicas, en cuya evolución pueden aparecer otras nuevas, variar o desaparecer las inicialmente presentes, coexistir con otras, etc. Así mismo, las condiciones sociales (hacinamiento, infravivienda, etc.) sitúan a las personas en una posición de riesgo ante siniestros de todo tipo y magnitud. Consecuentemente ante una emergencia, se evidencia una problemática social, y al mismo tiempo los afectados en particular y la sociedad española en general exigen respuestas desde la red social formal: servicios y profesionales del ámbito social.

El estudio se llevará a cabo mediante una metodología mixta -tal y como sugieren autores como Creswell y Plano (2010)-, a partir de la recogida de datos mediante cuestionarios, entrevistas en profundidad y un estudio de caso, que posteriormente analizaremos con técnicas cuantitativas y cualitativas y triangulación de resultados (Morse y Richards, 2002).

## **2 OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

A continuación se exponen los objetivos generales, específicos y las preguntas de investigación que guiarán el estudio. Al final de cada objetivo general, exponemos en una tabla el esquema metodológico utilizado.

**OBJETIVO GENERAL 1-** Conocer la emergencia social generada por situaciones de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social en el servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1.1** Describir el proceso de detección de la emergencia social en el servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1.2** Clasificar las situaciones de vulnerabilidad social y riesgo de exclusión detectadas en el servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.3 Registrar el tipo de emergencia social atendida a través de las demandas en el servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia desde febrero de 2013 a febrero de 2014.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.4 Valorar si la situación de crisis económica desde el 2008 favorece situaciones de emergencia social en la ciudad de Valencia.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.5 Valorar la inclusión de un ítem de notificación y maniobra de detección de la emergencia social en la hoja de registro de la asistencia sanitaria primaria del servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia.

OBJETIVO GENERAL 2- Visibilizar la necesidad de una intervención psicosocial, integral y coordinada en situaciones de emergencia y el uso de procedimientos conjuntos.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.1. Determinar la necesidad de una intervención biopsicosocial y una coordinación entre los profesionales de las emergencias en la ciudad de Valencia.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.2 Valorar la necesidad de procedimientos conjuntos de actuación del SAMU y SAUS en la ciudad de Valencia.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.3 Determinar la utilidad de los procedimientos conjuntos de actuación del SAMUR PC/SUMMA-112 y SAMUR Social en la ciudad de Madrid.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.4 Describir el proceso de activación y respuesta ante las emergencias sociales en la ciudad de Madrid por parte del SAMUR PC/SUMMA-112.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.5 Describir la intervención biopsicosocial y coordinación entre los profesionales de las emergencias en la ciudad de Madrid.

OBJETIVO GENERAL 3- Valorar y justificar la necesidad de un servicio de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia 24 horas a través del 112 y con recursos propios.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.1 Describir el proceso de activación y respuesta ante las emergencias sociales que se realiza desde el SAUS en la ciudad de Valencia.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.2 Describir el proceso de detección e intervención de las emergencias sociales en la ciudad de Valencia por el SAMU.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.3 Valorar la adecuación de recursos socio-sanitarios que responden a la emergencia social en la ciudad de Valencia por el SAUS.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.4 Conocer el balance de necesidades y recursos ante las emergencias sociales en la ciudad de Valencia.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.5 Evaluar a través de un análisis DAFO las fortalezas de los servicios socio-sanitarios que dan respuesta a las emergencias sociales desde el SAUS en la ciudad de Valencia.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.6 Describir el proceso de activación y respuesta ante las emergencias sociales que se realiza desde el SAMUR Social en la ciudad de Madrid.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.7 Describir la adecuación de los recursos socio-sanitarios que responden a la emergencia social en la ciudad de Madrid por el SAMUR Social.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.8 Reafirmar a través de un análisis DAFO las fortalezas de los servicios socio-sanitarios que responden a las emergencias sociales desde el SAMUR Social en la ciudad de Madrid.

Una vez enumerados los objetivos generales y específicos, nos detendremos un poco en cada uno de ellos y haremos una breve descripción, citando a los autores del marco conceptual y justificando las preguntas de investigación a las que dan respuesta.

OBJETIVO GENERAL 1- Conocer la emergencia social generada por situaciones de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social en el servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia.

El primer objetivo general pretende conocer cuáles son las emergencias sociales en la ciudad de Valencia y cómo se detectan a través del servicio de emergencias sanitarias extrahospitalarias SAMU y cuál es el procedimiento que siguen sus profesionales médicos y enfermeros.

a) La justificación del objetivo es la detección de la emergencia y de las necesidades sociales generadas por situaciones de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social a través de los servicios sanitarios de emergencia extrahospitalaria e intervención *in situ*. Así mismo, con la inclusión de este objetivo pretendemos tomar en consideración la importancia de una intervención psicosocial coordinada con el resto de profesionales de la emergencia y la necesidad de procedimientos de intervención que guíen la actuación ante la emergencia socio-sanitaria.

b) Los objetivos específicos y las preguntas de investigación que persiguen el objetivo general 1 son los siguientes:

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.1 Describir el proceso de detección de la emergencia social en el servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia.

Este objetivo describe el procedimiento que se lleva a cabo desde el SAMU como servicio de asistencia sanitaria de emergencias de la ciudad de Valencia cuando detecta una emergencia social durante la asistencia sanitaria, que es su función principal. Pérez (2009) proporciona un marco conceptual para este del objetivo. La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Qué situaciones son generadoras de emergencias sociales (necesidades sociales) y cómo se detectan?

Las emergencias son hechos imprevistos que alteran la rutina diaria de las personas afectadas y de sus redes de apoyo, tienen consecuencias negativas, son indeseables y requieren respuestas inmediatas y coordinadas con el resto de intervinientes de la emergencia. Existen emergencias catalogadas como riesgos (inundaciones, terremotos, etc.), emergencias sanitarias y las emergencias sociales propiamente dichas, cuyo foco se encuentran en la problemática social. Cualquiera de

las situaciones anteriores puede ser valorada desde el punto de vista social y generadoras de emergencias sociales cuando el interviniente detecte una necesidad social *in situ* en riesgo de vulnerabilidad o riesgo de exclusión alterando el bienestar y las condiciones de calidad de vida de los individuos. Así mismo, las situaciones de emergencia pueden ser: emergencias sanitarias: infartos, accidentes de tráfico, etc., emergencias y protección civil: AMV/catástrofes, incendios y explosiones, actos terroristas, etc., y/o emergencias sociales: PSH, carencias de necesidades básicas, alteración de la salud mental, pérdida/desorientación, abandono, violencia y malos tratos, situaciones de soledad sobrevenida, pérdida de autonomía, petición de intervención social por el resto de intervinientes de la emergencia (sanitarios, bomberos, policía, etc.) que requieren una valoración social *in situ*.

Las situaciones de emergencia social se detectan a través de diferentes vías por los siguientes intervinientes en Valencia y en Madrid: profesionales sanitarios de la emergencia (SAMU, SUMMA-112 y como servicio pionero: SAMUR PC), profesionales sociales de la emergencia (SAUS y como servicio pionero: SAMUR Social) otros profesionales de la emergencia (bomberos, policías, agentes de barrio o movilidad del ayuntamiento, etc.). Todos estos profesionales pueden detectar la emergencia social en el mismo lugar donde ésta se ha producido, y por ello es tan necesaria la figura de un profesional que pueda hacer la correcta valoración *in situ*. Muchas veces existe una situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión y una alteración del bienestar del afectado, y el profesional y el servicio cuya competencia supone la valoración y detección de las necesidades sociales que producen la situación de emergencia social es el profesional social: en el caso que la detección haya sido por otro profesional interviniente de la emergencia (sanitario, policía, etc.) debe derivar y activar al servicio competente: SAMUR Social en el caso de Madrid o SAUS en el caso de Valencia.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.2 Clasificar las situaciones de vulnerabilidad social y riesgo de exclusión detectadas en el servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia.

Tras la identificación de las situaciones de vulnerabilidad y riesgo de exclusión, pretendemos clasificarlas apoyándonos en los trabajos previos de: Arricivita (2009-2013) y Subirats (2004). La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Qué colectivos son más vulnerables y presentan mayor riesgo de exclusión favoreciendo las emergencias sociales?

Existen grupos de personas que viven en situación de vulnerabilidad social y que tienen más probabilidad de sufrir una emergencia social. Entre ellos se encuentran: personas con problemática social grave preexistente como: chabolismo, pobreza, PSH, etc. Y personas con potencial vulnerabilidad psicosocial: bebés, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas mayores, enfermos crónicos, turistas, personas con discapacidad o en situación de dependencia, personas con enfermedades mentales graves, personas con conductas adictivas, etc. Pero también pueden sufrir una emergencia social: personas supervivientes hospitalizadas y heridas (leves), personas ilesas, personas fallecidas, testigos, personas desaparecidas, familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, otros allegados, personal interviniente (leve, grave, fallecido o desaparecido).

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1.3** Registrar el tipo de emergencia social atendida a través de las demandas en el servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia desde febrero de 2013 a febrero de 2014.

Con este objetivo se pretende registrar e identificar las necesidades sociales detectadas a través de la emergencia social por los profesionales del SAMU, médicos y enfermeros y durante la emergencia sanitaria. Para ello nos apoyamos en los trabajos de autores como Pérez (2009), Subirats (2004) y Arricivita (2009; 2013). Las preguntas de investigación que dan respuesta a este objetivo son: ¿Qué situaciones son generadoras de emergencias sociales (necesidades sociales) y quiénes las detectan? ¿Qué colectivos son más vulnerables y presentan mayor riesgo de exclusión favoreciendo las emergencias sociales?

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1.4** Valorar si la situación de crisis económica desde el 2008 favorece situaciones de emergencia social en la ciudad de Valencia.

Este objetivo valora la afectación y repercusión de la crisis económica en el aumento de colectivos vulnerables y situaciones de necesidad psicosocial con repercusión en favorecer situaciones de emergencia social. El siguiente autor proporciona un marco conceptual del objetivo: Pérez (2009). La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Qué situaciones son generadoras de emergencias sociales (necesidades sociales) y quiénes las detectan?

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1.5** Valorar la inclusión de un ítem de notificación y maniobra de detección de la emergencia social en la hoja de registro de la asistencia sanitaria primaria del servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia.

Este objetivo determina la necesidad de notificar los riesgos y emergencias sociales detectadas por los profesionales del SAMU en sus hojas de registro durante sus intervenciones de guardia con el propósito de justificar la intervención a las situaciones socio-sanitarias detectadas. Pérez (2009) proporciona un marco conceptual del objetivo. La pregunta de investigación que da respuesta es: ¿Qué situaciones son generadoras de emergencias sociales (necesidades sociales) y quiénes las detectan?

A continuación se muestra la tabla 1 donde se puede ver un esquema metodológico del objetivo general 1, los objetivos específicos, los autores del marco conceptual y las preguntas de investigación.



Tabla 1. Esquema metodológico del objetivo general 1.

Objetivo general 1	Objetivos específicos	Autores marco conceptual	Preguntas de investigación
Conocer la emergencia social generada por situaciones de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social en el servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia.	1.1 Describir el proceso de detección de la emergencia social en el servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia.	Pérez, 2009	¿Qué situaciones son generadoras de emergencias sociales (necesidades sociales) y cómo se detectan?
	1.2 Clasificar las situaciones de vulnerabilidad social y riesgo de exclusión detectadas en el servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia.	Arricivita, 2009; 2013 y Subirats et al., 2004.	¿Qué colectivos son más vulnerables y presentan mayor riesgo de exclusión favoreciendo las emergencias sociales?
	1.3 Registrar el tipo de emergencia social atendida a través de las demandas en el servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia desde febrero de 2013 a febrero de 2014.	Pérez, 2009, Subirats et al., 2004 y Arricivita, 2009; 2013.	¿Qué situaciones son generadoras de emergencias sociales (necesidades sociales) y quiénes las detectan? ¿Qué colectivos son más vulnerables y presentan mayor riesgo de exclusión favoreciendo las emergencias sociales?
	1.4 Valorar si la situación de crisis económica desde el 2008 favorece situaciones de emergencia social en la ciudad de Valencia.	Pérez, 2009.	¿Qué situaciones son generadoras de emergencias sociales (necesidades sociales) y quiénes las detectan?
	1.5 Valorar la inclusión de un ítem de notificación y maniobra de detección de la emergencia social en la hoja de registro de la asistencia sanitaria primaria del servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia.	Pérez, 2009.	¿Qué situaciones son generadoras de emergencias sociales (necesidades sociales) y quiénes las detectan?

OBJETIVO GENERAL 2- Visibilizar la necesidad de una intervención psicosocial, integral y coordinada en situaciones de emergencia y el uso de procedimientos conjuntos.

Este objetivo nos ofrece la posibilidad de hacer visible la emergencia social y la necesidad de intervención sanitaria, psicológica y social además de coordinada por el 112 y entre todos los profesionales de la emergencia que ofrecen una actuación integral al ciudadano afectado de manera imprevista por una situación de emergencia. La intervención integral supone ofrecer máxima protección al ciudadano según sus necesidades. Además, el uso de procedimientos conjuntos facilitan la actuación entre servicios sanitarios y sociales de emergencia.

a) La justificación del objetivo supone demostrar la necesidad de atender a cualquier persona de manera integral en la ciudad de Valencia y en coordinación entre los profesionales según sus competencias sanitarias, psicológicas y/o sociales que haya sufrido una emergencia a cualquier hora del día, haciendo uso de procedimientos conjuntos cuando sean activados ambos servicios (sanitarios y sociales) por la misma emergencia.

b) Los objetivos específicos y las preguntas de investigación que persiguen el objetivo general 2 son los siguientes:

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.1. Determinar la necesidad de una intervención biopsicosocial y una coordinación entre los profesionales de las emergencias en la ciudad de Valencia.

Este objetivo valora la necesidad de una intervención integral y en estrecha coordinación entre todos los profesionales responsables de intervenir de manera conjunta en la misma emergencia socio-sanitaria en la ciudad de Valencia. Se propone un nuevo recurso de intervención ante las emergencias sociales. Los siguientes autores proporcionan un marco conceptual del objetivo: Pacheco et al. (2008; 2010), Rodríguez y Jiménez, (2011), Erice y Arraztoa, (2010). La pregunta de investigación que da

respuesta al presente objetivo es: ¿Por qué es necesaria la intervención psicosocial y coordinación en emergencias (112)?

La intervención psicosocial está indicada para lograr una mayor efectividad en la recuperación de los afectados ante una situación crítica. En toda actuación extrahospitalaria, el cuidado integral del paciente o usuario urgente, demanda una serie de cuidados físicos, sociales y psicológicos. El resultado positivo de la intervención, será la suma del trabajo realizado por los distintos componentes del equipo multidisciplinar y la coordinación socio-sanitaria con el resto de profesionales de la emergencia.

La intervención psicosocial persigue minimizar el impacto del evento traumático en el individuo y en la comunidad, auxiliar en los primeros momentos, ofrecer un apoyo psicosocial, fortalecer el tejido social y fortalecer tanto al individuo como a la comunidad. Además, es de vital importancia la intervención psicosocial como prevención secundaria, protegiendo de los efectos negativos sobre la salud física, mental y social.

La coordinación en la emergencia (profesionales sanitarios, sociales, de seguridad, etc.) persigue la atención integral biopsicosocial y el abordaje socio-sanitario centrado en el paciente o usuario, consiguiendo una mejor calidad asistencial y una mayor sostenibilidad económica de los sistemas de protección.

La plataforma 112 permite la coordinación de activación inmediata de todos los intervinientes ante una emergencia que requiera de actuación multidisciplinar (ej.; incendio de una vivienda con víctimas, situación de emergencia que requiere de bomberos, SUMMA-112/SAMUR PC y SAMUR Social).

**OBJETIVO ESPECÍFICO 2.2** Valorar la necesidad de procedimientos conjuntos de actuación del SAMU y SAUS en la ciudad de Valencia.

Este objetivo permite demostrar la necesidad de disponer de procedimientos conjuntos de intervención socio-sanitaria entre los servicios de emergencias sanitarios y

sociales en la ciudad de Valencia, ofreciendo una intervención integral al ciudadano/a y en coordinación entre los profesionales. Los siguientes autores proporcionan un marco conceptual del objetivo: Pacheco, et al. (2008; 2010), Barroeta y Boada, (2011). La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Por qué son útiles los procedimientos o protocolos de actuación en emergencias?

Los procedimientos o protocolos de actuación son documentos que suponen una guía de actuación ante la emergencia, facilitando la resolución de la misma y permitiendo una atención homogénea y objetiva por cualquier profesional que lo utilice, evitando conflictos de actuación. Existen procedimientos de actuación conjunta entre diversos servicios de emergencias sociales y sanitarios de Madrid (SAMUR Social y SAMUR PC/SUMMA-112) cuyo objetivo fundamental es facilitar la coordinación en el trabajo diario entre dos o más equipos de profesionales y ante la misma emergencia.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 2.3** Determinar la utilidad de los procedimientos conjuntos de actuación del SAMUR PC/SUMMA-112 y SAMUR Social en la ciudad de Madrid.

Este objetivo ofrece la utilidad de los procedimientos conjuntos de los que disponen los servicios socio-sanitarios de emergencias en Madrid ante emergencias sanitarias, sociales y psicológicas en las que se requiere de una actuación conjunta. SAMUR Social y SAMUR PC/SUMMA-112 son servicios con amplia experiencia en el uso de procedimientos, además del conjunto entre ambos y con otros servicios. Los siguientes autores proporcionan un marco conceptual del objetivo: Pacheco, et al. (2008; 2010), Barroeta y Boada, (2011). La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Por qué son útiles los procedimientos o protocolos de actuación en emergencias?

**OBJETIVO ESPECÍFICO 2.4** Describir el proceso de activación y respuesta ante las emergencias sociales en la ciudad de Madrid por parte del SAMUR PC/SUMMA-112.

Este objetivo describe el proceso de cómo se accede por cualquier ciudadano y por otros profesionales a los servicios de emergencias sanitarias en la ciudad de Madrid.

Además expone la respuesta del SAMUR PC y SUMMA-112 ante la detección de necesidades sociales sujetas a valoración y/o intervención por los profesionales del trabajo social, notificando y activando al SAMUR Social cuando la emergencia socio-sanitaria lo requiera y a través de sus procedimientos conjuntos. Los siguientes autores proporcionan un marco conceptual del objetivo: Arricivita (2006; 2013), Pérez (2011). La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Cómo intervienen el SAMUR PC/SUMMA-112 ante las emergencias sociales en Madrid?

El SAMUR PC es un servicio de atención a las emergencias y urgencias sanitarias del Ayuntamiento de Madrid. Atiende a todos los ciudadanos/as de la ciudad de Madrid (residentes y no residentes) en vía pública y domicilios con procedimientos de intervención específicos. El SUMMA-112 es un Servicio de Atención a las Emergencias y Urgencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid. Atiende a todos los ciudadanos de la ciudad de Madrid y de la Comunidad de Madrid (residentes y no residentes) en los domicilios y en vía pública según procedimientos específicos.

Ambos servicios intervienen 24 horas los 365 días del año ante cualquier urgencia/emergencia sanitaria tras activar el servicio a través del 112 u otro servicio de emergencia mediante un teléfono directo. Cuando detectan necesidades sociales de emergencia social o de riesgo social a través de la emergencia sanitaria, derivan y activan al SAMUR Social mediante procedimientos de actuación conjunta.

El SAMUR PC notifica en el parte asistencial de emergencia la detección de necesidades sociales de riesgo o de emergencia para un seguimiento social con los Servicios Sociales y el SAMUR Social. Realizan una intervención multidisciplinar e integral de emergencia por sus profesionales: médicos, enfermeros, técnicos en emergencias, psicólogos y voluntarios.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 2.5** Describir la intervención biopsicosocial y la coordinación entre profesionales de las emergencias en la ciudad de Madrid.

Este objetivo describe la intervención integral y en estrecha coordinación entre todos los profesionales responsables de intervenir de manera conjunta en la misma emergencia socio-sanitaria en la ciudad de Madrid. Este objetivo permite visibilizar la protección que ofrecen los servicios sanitarios y sociales de emergencia cuando trabajan conjuntamente ante la misma emergencia. Los siguientes autores proporcionan un marco conceptual del objetivo: Pacheco et al. (2008; 2010), Rodríguez y Jiménez, (2011), Erice y Arraztoa, (2010). La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Por qué es necesaria la intervención psicosocial y coordinación en emergencias (112)?

A continuación se muestra la tabla 2 en donde se puede ver un esquema metodológico del objetivo general 2, los objetivos específicos, los autores del marco conceptual y las preguntas de investigación.

Tabla 2. Esquema metodológico del objetivo general 2.

Objetivo general 2	Objetivos específicos	Autores marco conceptual	Preguntas de investigación
Visibilizar la necesidad de una intervención psicosocial, integral y coordinada en situaciones de emergencia y el uso de procedimientos conjuntos.	2.1. Determinar la necesidad de una intervención biopsicosocial y una coordinación entre los profesionales de las emergencias en la ciudad de Valencia.	Pacheco et al. 2008, 2010; Rodríguez y Jiménez, 2011, Erice y Arraztoa, 2010.	¿Por qué es necesaria la intervención psicosocial y coordinación en emergencias (112)?
	2.2 Valorar la necesidad de procedimientos conjuntos de actuación del SAMU y SAUS en la ciudad de Valencia.	Pacheco, et al. 2008, 2010; Barroeta y Boada, 2011.	¿Por qué son útiles los procedimientos o protocolos de actuación en emergencias?
	2.3 Determinar la utilidad de los procedimientos conjuntos de actuación del SAMUR PC/SUMMA-112 y SAMUR Social en la ciudad de Madrid.	Pacheco, et al. 2008, 2010; Barroeta y Boada, 2011.	¿Por qué son útiles los procedimientos o protocolos de actuación en emergencias?
	2.4 Describir el proceso de activación y respuesta ante las emergencias sociales en la ciudad de Madrid por parte del SAMUR PC/SUMMA-112.	Arricivita, 2006, 2013; Pérez, 2011.	¿Cómo intervienen el SAMUR PC/SUMMA-112 ante las emergencias sociales en Madrid?
	2.5 Describir la intervención biopsicosocial y la coordinación entre profesionales de las emergencias en la ciudad de Madrid.	Pacheco et al. 2008, 2010; Rodríguez y Jiménez, 2011; Erice y Arraztoa, 2010.	¿Por qué es necesaria la intervención psicosocial y coordinación en emergencias (112)?

OBJETIVO GENERAL 3- Valorar y justificar la necesidad de un servicio de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia 24 horas a través del 112 y con recursos propios.

El tercer objetivo general pretende valorar y justificar la necesidad de un servicio de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia que valore e intervenga las emergencias a cualquier hora del día y que además se pueda acceder al servicio de manera directa a través del teléfono universal 112. Así mismo se valorará la necesidad de que el servicio disponga de recursos propios para dar respuesta a las necesidades sociales detectadas, optimizando los recursos socio-sanitarios.

a) La justificación del objetivo es la necesidad de intervenir en la ciudad de Valencia mediante un servicio específico y sus profesionales de intervención psicosocial en aquellas emergencias sociales en las que se detecten necesidades sociales y psicológicas con el propósito de ofrecer la máxima protección al ciudadano a través de una actuación integral biopsicosocial. Es necesaria la presencia del servicio 24 horas al día ya que las emergencias ocurren a cualquier hora del día, requiriendo profesionales competentes en la emergencia social y la intervención *in situ*.

b) Los objetivos específicos y las preguntas de investigación que persiguen el objetivo general 3 son los siguientes:

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.1 Describir el proceso de activación y respuesta ante las emergencias sociales que se realiza desde el SAUS en la ciudad de Valencia.

Este objetivo describe el procedimiento que lleva a cabo el SAUS como servicio social de emergencias de la ciudad de Valencia y la respuesta que ofrece cuando detecta una emergencia social o es derivada por otro servicio de emergencias como es el SAMU. Los siguientes autores proporcionan un marco conceptual del objetivo: Arricivita (2006; 2013), Pérez (2011). La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Cómo interviene el SAUS ante las emergencias sociales en Valencia?

El SAUS es un servicio del Ayuntamiento de Valencia que interviene en la ciudad de Valencia en aquellas situaciones de crisis y/o urgencia/emergencia social en horario en que no pueden ser atendidas las urgencias por los Servicios Sociales de Atención Primaria, de lunes a jueves de 19:30 a 8:00 y desde el viernes a partir de las 15:00 hasta el lunes a las 8:00, además de tener servicio 24 horas los días festivos.

Tras la activación del servicio las prestaciones del SAUS son: ofrecer la atención, orientación e intervención inmediata en las situaciones de emergencia social *in situ* durante el horario anteriormente citado.

Las situaciones y colectivos que son objeto de intervención por parte del SAUS son las siguientes: pérdidas de autonomía funcional: mayores de 65 años, enfermos mentales en situaciones de urgencia, personas con discapacidad, personas con enfermedad mental; violencia de género/situaciones de violencia intrafamiliar/maltrato; atención a personas en tránsito o sin hogar en situación de urgencia social; pérdidas repentinas de alojamiento; atención de abandonos; mayores en riesgo por situaciones de soledad sobrevenida; intentos de suicidio y contención emocional del episodio; actuación ante fallecimientos y atención a familiares desde la urgencia social; soporte para la comunicación de malas noticias; colaboración en atención a emergencias a través de Planes de Emergencia municipales. Además, cuando se perciban situaciones asociadas a problemas sociales (familiar, laboral, etc.) acompañadas de desasosiego, nerviosismo, angustia, miedo o cualquier otro tipo de malestar psicológico.

El SAUS es activado por la policía local (092) ante cualquier situación de emergencia social. La situación de emergencia social puede ser detectada por la policía, por el propio SAUS durante las rutas de calle o por cualquier interviniente de la emergencia que conozca el servicio SAUS. El SAUS valora *in situ* la necesidad social e interviene según los procedimientos establecidos y en ausencia de los mismos, según valoración del profesional que esté actuando en ese momento.

El proceso de activación del SAUS es el primer paso para la intervención, dependiendo del conocimiento de la existencia del servicio SAUS en la ciudad de



Valencia y de la petición al intendente de la policía local activando al SAUS si lo considera pertinente. Si es activado el SAUS, se desplaza al lugar de la emergencia a valorar las necesidades sociales y a hacer un diagnóstico social, derivando siempre el caso al CMSS para que haga una intervención con el recurso necesario. El SAUS como respuesta de intervención ofrece a los propios profesionales del equipo (trabajadores sociales, psicólogos y técnicos), dos por guardia, independientemente del perfil profesional y ante emergencias psicosociales y como recurso inmediato, dispone de 3.000 € anuales para hacer frente a cualquier necesidad perentoria. En caso de necesidad de cuidados, acompañamiento o alojamiento serán los CMSS quienes hagan la intervención. El SAUS no dispone de recursos propios para dar respuesta a la emergencia.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3.2** Describir el proceso de detección e intervención de las emergencias sociales en la ciudad de Valencia por el SAMU.

Este objetivo describe el proceso de detección e intervención que lleva a cabo el SAMU como servicio de emergencias sanitarias en la ciudad de Valencia y la respuesta que ofrece ante la detección de la emergencia social durante su ejercicio profesional. Los siguientes autores proporcionan un marco conceptual del objetivo: Arricivita (2006; 2013), Pérez (2011). La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Cómo interviene el SAMU ante las emergencias sociales en Valencia?

El SAMU es un servicio de atención a las emergencias y urgencias sanitarias y médicas dependiente de la Consellería de Sanidad y del SES. Atiende a todos los ciudadanos/as de la ciudad de Valencia (residentes y no residentes) y de la Comunidad Valenciana a través de unidades SAMU ubicadas estratégicamente. En Valencia y área metropolitana de acceso a la ciudad dispone de las siguientes unidades SAMU: alfa 1 (Hospital de Manises), alfa 2 (Hospital de la Malvarrosa), alfa 3 (Hospital la Fe Campanar), alfa 4 (Hospital General Universitario), alfa 6 (Hospital Clínico Universitario), alfa 7 (Hospital la Fe Campanar) y alfa 8 (área de Paterna).

El SAMU interviene 24 horas los 365 días del año ante cualquier urgencia/emergencia sanitaria tras la activación el servicio a través del número de teléfono 112. Las prestaciones que se ofrecen son: valoración y diagnóstico médico, tratamiento de urgencia o emergencia y derivación hospitalaria si procede continuidad de la asistencia médica. El equipo SAMU está compuesto por un médico, un enfermero y un técnico en emergencias, todos con una formación específica en emergencias extrahospitalarias.

En muchas ocasiones el SAMU detecta a través de la emergencia sanitaria necesidades sociales y psicológicas que producen emergencias sociales o situaciones de riesgo social.

Una vez detectada una emergencia social se activa el SAUS llamando a la policía local (092) a través del CICU y haciendo una intercomunicación entre la unidad SAMU que interviene y la policía local. De este modo se deriva la situación al intendente y éste activa al SAUS si lo considera pertinente y si está en horario de intervención. Este protocolo plantea no pocos problemas al depender de un horario y/o de la estimación del intendente que se encuentre de guardia en ese momento. Pero otro problema que se plantea a menudo ante las situaciones de emergencia social es que la mayoría de profesionales del SAMU y del CICU desconoce la existencia del SAUS y carecen de procedimientos conjuntos que facilitaran la activación y la propia intervención conjunta entre el SAMU y el SAUS.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3.3** Valorar la adecuación de recursos socio-sanitarios que responden a la emergencia social en la ciudad de Valencia por el SAUS.

Este objetivo valora como el SAUS en la ciudad de Valencia responde y proporciona los recursos socio-sanitarios adecuados ante una emergencia social detectada en su ejercicio profesional. El siguiente autor proporciona un marco conceptual del objetivo: Arricivita (2009). La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Qué recursos socio-sanitarios dan respuesta a las emergencias sociales en Valencia (SAUS) y cómo se gestionan?

La atención a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia es competencia del SAUS, que se concibe como un servicio de Atención Primaria, no como un servicio especializado. Una vez finalizada la intervención de la situación que ha generado la urgencia/emergencia social, el caso es derivado al CMSS correspondiente para su posterior actuación si procede respondiendo con recursos municipales y públicos además de con la intervención social.

El SAUS carece de centros asociados, por lo que no tiene plazas. Dispone de recursos económicos (3.000 € anuales) para el pago de alojamiento o necesidades perentorias. Su equipo de RRHH está compuesto por once personas: un coordinador, un psicólogo, cinco diplomados en Trabajo Social, tres técnicos en integración social y una figura funcional para la dirección del servicio. Como recursos materiales tiene un local donde se encuentra ubicado el servicio, una unidad móvil, terminales telefónicos, equipamiento informático y material fungible.

El SAUS es gestionado por una empresa gestora, la Fundación RAIS. Los recursos los gestionan los Servicios Sociales a través de la valoración de necesidades por los técnicos de guardia (dos por turno de trabajo, independientemente de la titulación) que intervienen en la emergencia social, derivando a los CMSS como responsables de intervención social.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3.4** Conocer el balance de necesidades y recursos ante las emergencias sociales en la ciudad de Valencia.

Este objetivo pretende conocer si las necesidades sociales detectadas como emergencias son cubiertas por recursos en la ciudad de Valencia y si existen situaciones de desprotección por no haber proporcionado el recurso adecuado. El siguiente autor proporciona un marco conceptual del objetivo: Arricivita (2009). La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Qué recursos socio-sanitarios dan respuesta a las emergencias sociales en Valencia (SAUS) y cómo se gestionan?

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3.5** Evaluar a través de un análisis DAFO las fortalezas de los servicios socio-sanitarios que dan respuesta a las emergencias sociales desde el SAUS en la ciudad de Valencia.

Este objetivo evalúa las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que ofrece el servicio de atención a las urgencias sociales SAUS que actualmente interviene en la ciudad de Valencia, especialmente las fortalezas como servicio que puede optimizarse para aumentar la cobertura de protección en intervención psicosocial a los ciudadanos/as de Valencia. El siguiente autor proporciona un marco conceptual del objetivo: Arricivita (2013). La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Cuáles son las fortalezas de los servicios de atención a las emergencias sociales en Valencia (SAUS)?

Las fortalezas del SAUS son la atención la emergencia social *in situ*, la atención los 365 días del año, la experiencia desde septiembre de 2011 con un diseño de intervención novedoso en la ciudad de Valencia, el equipo multidisciplinar (trabajadores sociales, psicólogos y técnicos de integración social), la motivación y gran disponibilidad de los profesionales, la experiencia de intervención en crisis, el CAST con amplia experiencia en PSH.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3.6** Describir el proceso de activación y respuesta ante las emergencias sociales que se realiza desde el SAMUR Social en la ciudad de Madrid.

Este objetivo describe el procedimiento de activación del SAMUR Social de Madrid como servicio de atención a las emergencias sociales y como responde una vez activado para atender la emergencia. Los siguientes autores proporcionan un marco conceptual del objetivo: Arricivita (2006; 2013), Pérez (2011). La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Cómo interviene el SAMUR Social ante las emergencias sociales en Madrid?

El SAMUR Social es un servicio del Ayuntamiento de Madrid que asume entre sus competencias la atención a las emergencias sociales y a las PSH en la ciudad de

Madrid las 24 horas y los 365 días del año. Atiende a todos los ciudadanos/as de Madrid (residentes y no residentes) que presentan una necesidad social producida por una situación de emergencia. El servicio se encuentra integrado en el sistema de emergencias 112 y por medio de diferentes protocolos establecidos con otros servicios de emergencias (SAMUR PC, bomberos, SUMMA-112, etc.). Los equipos del SAMUR Social están formados por trabajadores sociales y auxiliares, dos por guardia y la función de valoración de las necesidades sociales e intervención de emergencia siempre es competencia del trabajador social. El servicio dispone de dos áreas de funcionamiento, la de intervención (Central) y la de gestión (Departamento) con sus respectivos responsables.

Las prestaciones que proporciona el SAMUR Social ante una situación de emergencia y tras la activación del servicio son las siguientes: valoración de las situaciones de necesidad social que se producen en una emergencia, tareas de contención y apoyo emocional, tareas de información a los afectados y a sus familiares, tareas de mediación (aclarar dudas, ser interlocutor de los afectados ante los servicios de emergencia, etc.), gestión de recursos, funciones de acompañamiento e intervención social a los afectados y sus familias, gestión de prestaciones básicas de supervivencia, gestión y coordinación del voluntariado social y cívico en el marco de la emergencia.

Las prestaciones pretenden contrarrestar los factores de inestabilidad personal y social, a través de la intervención social, sin olvidar que las situaciones de emergencia son generadoras de situaciones de estrés personal y favorecedoras de estados de vulnerabilidad social.

El SAMUR Social interviene en todas aquellas situaciones de emergencia social en las que se activa a través del 112 u otros servicios de emergencia (SAMUR PC, bomberos, etc.) mediante teléfonos directos y procedimientos conjuntos de actuación. Situaciones de emergencia social sujetas a intervención serían las siguientes: pérdidas de autonomía funcional (mayores de 65 años, enfermos mentales en situaciones de urgencia, personas con discapacidad, personas con enfermedad mental); violencia de género/situaciones de violencia intrafamiliar/maltrato; atención a personas en tránsito o

sin hogar en situación de urgencia social; pérdidas repentinas de alojamiento; atención de abandonos; mayores en riesgo por situaciones de soledad sobrevenida; intentos de suicidio y contención emocional del episodio; actuación ante fallecimientos y atención a familiares desde la urgencia social; soporte para la comunicación de malas noticias; colaboración en atención a emergencias a través de Planes de Emergencia municipales. Además cuando se perciban situaciones de problemas sociales (familiar, laboral, etc.) al que acompaña el desasosiego, nerviosismo, angustia, miedo, malestar psicológico, y otras muchas situaciones que pueden generar una situación de emergencia social.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3.7** Describir la adecuación de los recursos socio-sanitarios que responden a la emergencia social en la ciudad de Madrid por el SAMUR Social.

Este objetivo describe como el SAMUR Social en Madrid responde y proporciona los recursos socio-sanitarios adecuados ante una emergencia social detectada en su ejercicio profesional: la emergencia social. El siguiente autor proporciona un marco conceptual del objetivo: Arricivita (2009). La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Qué recursos socio-sanitarios dan respuesta a las emergencias sociales en Madrid y cómo se gestionan?

La atención a las emergencias sociales en la ciudad de Madrid es competencia del SAMUR Social, disponiendo diferentes recursos: RRHH: 150 profesionales entre los que se encuentran los trabajadores sociales y auxiliares que son los equipos que intervienen la emergencia social *in situ*; recursos materiales: central del SAMUR Social, equipos de intervención en calle (8 unidades móviles y 12 equipos de calle), recursos de alojamiento UEB (20 plazas), PSH (45 plazas más un incremento en la campaña de frío, del 25 de noviembre al 31 de marzo), recursos para mayores (18 plazas), SAD urgente (horas contratadas), recursos para mujeres con hijos menores (9 plazas), piso de emergencia (6 plazas), residencia para personas con discapacidad física (1 plaza), NH Hoteles (contrato anual con una cantidad económica preestablecida fija), CEMUS y ayudas económicas (120.000 € anuales para emergencias sociales que son 30% y para PSH que son el 70 %) para billetes de transporte, compra de medicinas, etc.

El SAMUR Social está gestionado por una empresa gestora, grupo 5. Los recursos los gestionan directamente los trabajadores sociales de guardia que atienden la emergencia social *in situ* acompañados por un auxiliar (dos profesionales por guardia, en cada unidad móvil y en cada equipo de calle). Cuando además de la emergencia social existe una emergencia sanitaria, se deriva al SAMUR PC o SUMMA-112 a través del procedimiento de actuación conjunta. El Servicio Sanitario de Emergencia valora e interviene, trasladando o no según necesidad, al centro hospitalario de referencia.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3.8** Reafirmar a través de un análisis DAFO las fortalezas de los servicios socio-sanitarios que responden a las emergencias sociales desde el SAMUR Social en la ciudad de Madrid.

Este objetivo reafirma las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que ofrece el servicio de atención a las emergencias sociales SAMUR Social en la ciudad de Madrid, especialmente las fortalezas como servicio pionero en Europa en intervención y recursos propios que dan respuesta a las necesidades sociales. El siguiente autor proporciona un marco conceptual del objetivo: Arricivita (2013). La pregunta de investigación que da respuesta al presente objetivo es: ¿Cuáles son las fortalezas de los servicios de atención a las emergencias sociales en Madrid (SAMUR Social)?

Las fortalezas del SAMUR Social son las siguientes: un equipo multidisciplinar, el hecho de que la emergencia social sea atendida *in situ*, la atención 24 horas todos los días del año, los recursos propios del servicio, las numerosas plazas de alojamiento de emergencia, la amplia disponibilidad de recursos económicos, la amplia experiencia en emergencias sociales desde el 2004 y anterior cuando el servicio era el SITADE (1988), la experiencia en AMV/Catástrofes (por ejemplo, el atentado terrorista en Madrid del 11 M o el accidente aéreo Spanair), la experiencia en coordinación con el resto de intervinientes de la emergencia (SAMUR PC, policía, SUMMA-112, etc.), la disponibilidad y actualización continua de procedimientos de emergencias individuales, colectivas y de actuación conjunta con otros profesionales, el acceso al servicio por el teléfono universal de emergencias: 112.

A continuación se muestra la tabla 3 donde se puede ver un esquema metodológico del objetivo general 3, los objetivos específicos, los autores del marco conceptual y las preguntas de investigación.

Tabla 3. Esquema metodológico del objetivo general 3.

Objetivo general 3	Objetivos específicos	Autores marco conceptual	Preguntas de investigación
Valorar y justificar la necesidad de un servicio de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia 24 horas a través del 112 y con recursos propios.	3.1 Describir el proceso de activación y respuesta ante las emergencias sociales que se realiza desde el SAUS en la ciudad de Valencia.	Arricivita, 2006; 2013, Pérez, 2011.	¿Cómo interviene el SAUS ante las emergencias sociales en Valencia?
	3.2 Describir el proceso de detección e intervención de las emergencias sociales en la ciudad de Valencia por el SAMU.	Arricivita, 2006; 2013; Pérez, 2011.	¿Cómo interviene el SAMU ante las emergencias sociales en Valencia?
	3.3 Valorar la adecuación de recursos socio-sanitarios que responden a la emergencia social en la ciudad de Valencia por el SAUS.	Arricivita, 2009.	¿Qué recursos socio-sanitarios dan respuesta a las emergencias sociales en Valencia (SAUS) y cómo se gestionan?
	3.4 Conocer el balance de necesidades y recursos ante las emergencias sociales en la ciudad de Valencia.	Arricivita, 2009.	¿Qué recursos socio-sanitarios dan respuesta a las emergencias sociales en Valencia (SAUS) y cómo se gestionan?
	3.5 Evaluar a través de un análisis DAFO las fortalezas de los servicios socio-sanitarios que dan respuesta a las emergencias sociales desde el SAUS en la ciudad de Valencia.	Arricivita, 2013.	¿Cuáles son las fortalezas de los servicios de atención a las emergencias sociales en Valencia (SAUS)?
	3.6 Describir el proceso de activación y respuesta ante las emergencias sociales que se realiza desde el SAMUR Social en la ciudad de Madrid.	Arricivita, 2006; 2013, Pérez, 2011.	¿Cómo interviene el SAMUR Social ante las emergencias sociales en Madrid?
	3.7 Describir la adecuación de los recursos socio-sanitarios que responden a la emergencia social en la ciudad de Madrid por el SAMUR Social.	Arricivita 2009.	¿Qué recursos socio-sanitarios dan respuesta a las emergencias sociales en Madrid y cómo se gestionan?
	3.8 Reafirmar a través de un análisis DAFO las fortalezas de los servicios socio-sanitarios que responden a las emergencias sociales desde el SAMUR Social en la ciudad de Madrid.	Arricivita, 2013	¿Cuáles son las fortalezas de los servicios de atención a las emergencias sociales en Madrid (SAMUR Social)?



### 3. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA: MÉTODOS MIXTOS

#### 3.1. Revisión de la literatura científica.

Como estrategia de búsqueda bibliográfica hemos definido en un primer momento el tema/problema de investigación sobre el que queríamos obtener información científica. Como primer paso hemos confeccionado un mapa conceptual y de diseño de la investigación (ver anexo 4) para que nos ayudase a seguir un proceso lo más preciso posible. Como segundo paso, hemos buscado y establecido los conceptos relevantes y que mejor representasen nuestra búsqueda (descriptores y palabras clave). Se ha utilizado el lenguaje Tesouro como herramienta de control terminológico, empleada para la transposición de lenguaje natural a un lenguaje especializado utilizado en los documentos de cualquier ámbito del conocimiento. Además Tesouro ofrece un glosario que recoge descriptores, es decir, términos autorizados y formalizados por especialistas en catalogación y documentación, que representan los distintos conceptos integrados en documentos y en peticiones de recuperación de información, sin ambigüedades (Faus y Santainés, 2013).

Como tercer paso se han consultado diferentes bases de datos y recursos *on line*, siempre utilizando los mismos términos de búsqueda. Se ha hecho una sistematización de la búsqueda bibliográfica en bases de datos como PUBMED: *Medical literature analysis and retrieval system online* (MEDLINE), Dialnet, Índice bibliográfico español en Ciencias de la Salud (IBECS), enfermería, fisioterapia y podología (ENFISO), social work abstracts, ISOC (Ciencias Sociales y Humanidades), PSICODOC, bases de datos de tesis doctorales (TESEO), catálogo de la Biblioteca Nacional de España (BNE). También se ha consultado libros en las Bibliotecas de Ciencias de la Salud, Humanidades, Psicología y Ciencias Sociales de la Universidad de Valencia, documentación científica y legislación encontrada a partir de recursos en línea.

### **3.2. Metodología de la investigación.**

Se ha optado por un diseño de investigación con metodología mixta en el que se incluye un método cuantitativo y un método cualitativo combinando ambos enfoques en el estudio. En la investigación de métodos mixtos se recogen y analizan los datos, se integran los resultados y se extraen las conclusiones utilizando ambos enfoques en un solo estudio. Los beneficios de estos métodos de investigación son los hallazgos más completos, ofrecen una mayor confianza, mejor validación y entendimiento de resultados (Ugalde y Balbastre, 2013).

Los métodos mixtos guían la dirección de la recopilación y el análisis y la mezcla de los enfoques cualitativos y cuantitativos en muchas fases del proceso de investigación. Como método, se centra en la recolección, análisis, y mezcla de datos cuantitativos y cualitativos. Su premisa fundamental es que el uso de ambos enfoques combinados proporciona una mejor comprensión de los problemas de investigación que uno u otro enfoque solo (Creswell y Plano, 2010).

El estudio se ha llevado a cabo recopilando y analizando de manera rigurosa los datos tanto cualitativos como cuantitativos, mezclando las dos formas de datos al mismo tiempo a partir de una combinación de manera secuencial, de ambos tipos de datos, utilizando estos procedimientos en un solo estudio y en una sola fase (Ibídem, 2010).

La justificación de optar por una metodología mixta ha sido por considerar que una fuente de datos podría ser insuficiente para comprender el problema. Sabemos que los datos cualitativos proporcionan una comprensión detallada de un problema mientras que los datos cuantitativos proporcionan una comprensión holística de un problema. Esta comprensión cualitativa surge del estudio de unos pocos individuos y de la exploración de sus puntos de vista en gran profundidad, mientras que en el enfoque cuantitativo la comprensión surge del examen de un mayor número de personas y la evaluación de las respuestas a unas determinadas variables. La investigación cualitativa y la investigación cuantitativa ofrecen diferentes perspectivas y cada uno tiene sus limitaciones. Cuando se investiga unos pocos individuos cualitativamente, la capacidad

de generalizar los resultados para muchos se ha perdido y cuando se investiga cuantitativamente a muchos individuos, la comprensión de un individuo se ve disminuida. Por lo tanto, las limitaciones de un método pueden ser compensadas por las fortalezas del otro método, y la combinación de datos cuantitativos y cualitativos, proporcionan un entendimiento más completo del problema de investigación que el que tendríamos con uno u otro enfoque por sí mismo (Ibidem, 2010). Las investigaciones mixtas se justifican porque son complementarias y proveen diferentes tipos de conocimientos y ventajas al investigador como, por ejemplo, información más detallada y nuevos enfoques de la investigación. Además cada metodología tiene fortalezas que se aprovechan mejor y debilidades que se minimizan al integrarlas (Ugalde y Balbastre, 2013).

### **3.3. Procedimiento**

Para la planificación de recogida de datos se realizó un cronograma detallado de todo el estudio cuantitativo y cualitativo, desde febrero de 2013 hasta febrero de 2014.

El estudio cuantitativo, se realizó a través de cuestionarios (ver anexo 5) que fueron entregados a las unidades móviles de Valencia: alfa1, alfa2, alfa 3, alfa4, alfa 6, alfa 7 y alfa 8 para que fuesen cumplimentados durante los servicios. Para ello, se solicitó desde la Universidad la colaboración del SAMU. Se han recogido 195 cuestionarios correctamente cumplimentados.

El estudio cualitativo de caso único (ver anexo 6) se realizó recogiendo toda la información de un caso representativo de la emergencia social en la ciudad de Madrid en el SAMUR Social y SUMMA-112. Con los consentimientos oportunos y previa autorización se hizo uso de documentos confidenciales.

Las entrevistas semi-estructuradas (ver anexo 6), mediante estudio cualitativo, fueron realizadas a los profesionales del SAMUR Social y al SAMUR PC en la ciudad de Madrid. Posteriormente se realizaron entrevistas a los profesionales del SAUS y

entrevistas a los profesionales del SAMU, todo ello en la ciudad de Valencia. Se han realizado 8 entrevistas semi-estructuradas. El estudio se realizó med

La importancia del problema de investigación y las preguntas es un principio fundamental del diseño de investigación de métodos mixtos. Es de vital importancia la articulación del problema de investigación y las preguntas, teniendo en cuenta los motivos de mezcla de métodos, que según Greene, Caracelli y Graham (1989) nos ofrecen que la triangulación busca la convergencia, la corroboración y la correspondencia de los resultados de los diferentes métodos, la complementariedad busca elaboración, mejora, ilustración, y la aclaración de los resultados de un método con resultados de otro método, el desarrollo pretende utilizar los resultados de un método para ayudar a desarrollar o comunicar al otro método. Según Bryman (2006) nos ofrece la triangulación de combinar los resultados de la investigación cuantitativa y cualitativa a fin de que puedan ser corroborados mutuamente. Para ello nos habla del proceso cuando la investigación cuantitativa se da cuenta de las estructuras de la vida social, pero la investigación cualitativa proporciona sentido de proceso, las diferentes preguntas de investigación se refiere al argumento de que la investigación cuantitativa y cualitativa pueden dar respuesta a las preguntas, la credibilidad del empleo de ambos enfoques mejora la integridad de los resultados y nos habla entre otras cuestiones del contexto, referido a los casos en los que la combinación es racionalizado en términos de la investigación cualitativa, proporcionando comprensión contextual junto con alteraciones generalizables, externamente válidas o relaciones generales entre variables descubiertas a través de una encuesta.

Durante el proceso de análisis de ambos enfoques se debe de tener en cuenta el momento de integración de ambos resultados, cuantitativos y cualitativos. Se han analizado los datos de manera independiente, en primer lugar, los datos cuantitativos y en segundo lugar los cualitativos, usando una estrategia interactiva de fusión, extrayendo los dos conjuntos de resultados juntos a través de un análisis combinado y una matriz que facilita las comparaciones e interpretaciones (Creswell y Plano, 2010). Se ha trabajado mediante un diseño de la investigación representado en una tabla (ver

anexo 4) en el que se ha incluido una articulación del marco teórico y del marco conceptual que ha guiado todo el proceso, ofreciendo un marco sólido para reunir, analizar, integrar, interpretar y presentar los datos cuantitativos y cualitativos para mejorar la dirección de la investigación, y dar respuesta a las preguntas de investigación.

Se ha elegido un diseño paralelo convergente para nuestro estudio, que se produce cuando el investigador utiliza la distribución concurrente para aplicar las hebras cuantitativas y cualitativas durante la misma fase del proceso de investigación, dando prioridad a los métodos igualmente, y mantiene las hebras independientes durante el análisis y luego se mezcla el resultado durante la interpretación general. El diseño convergente ocurre cuando se recoge y analiza los datos cuantitativos y cualitativos en la misma fase del proceso de investigación y luego se fusiona los dos conjuntos de resultados en una interpretación global. El propósito es obtener diferentes pero complementarios datos sobre el mismo tema (Morse, 1991). Se ha utilizado este diseño porque se desea triangular los métodos directamente comparando y contrastando los resultados estadísticos cuantitativos con resultados cualitativos con fines de corroboración y validación, y mejor comprensión del fenómeno estudiado. Hay cuatro pasos principales en el diseño convergente. En primer lugar se recogen los datos cuantitativos y cualitativos sobre el tema de interés de manera independiente, es decir, uno no depende de los resultados del otro. Ambos datos tienen el mismo interés para hacer frente a las preguntas de investigación del estudio. En segundo lugar, se analiza los dos conjuntos de datos por separado y de forma independiente el uno del otro mediante procedimientos típicos de análisis cuantitativos y cualitativos. En el tercer paso, una vez con ambos resultados en mano se alcanza el punto de interfaz o integración y se trabaja para combinar los resultados de los dos conjuntos de datos. En este paso se fusionan los datos para comparar directamente los resultados por separado o transformar los resultados para facilitar la relación de los dos tipos de datos durante el análisis adicional. En el paso final, se interpreta en qué medida y de qué manera los dos conjuntos de resultados convergen, divergen de unos a otros, se relacionan entre sí, y/o

se combinan para crear una mejor comprensión en respuesta al objetivo general del estudio (Creswell y Plano, 2010).

#### **4 DISEÑO DE LAS TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS**

Los datos han sido anonimizados, se ha obtenido el permiso de los distintos servicios y se ha protegido la identidad de las personas, no revelando en ningún momento los datos personales de los pacientes. Se ha trabajado en todo momento con profesionales. Además, hemos obtenido el consentimiento para revisar el proceso de asistencia socio-sanitaria.

De este modo aseguramos la confidencialidad de los datos (normas de anonimato según la Universidad de Essex en Reino Unido, 2011). Al nombrar a cada uno de los profesionales entrevistados hemos utilizado seudónimos.

Para asegurar la confidencialidad de los datos en todo momento, hemos utilizado un archivo adjunto de trabajo con los datos reales y con los nuevos datos de sustitución identificados para cada uno de los participantes. A partir de ese momento tan solo se ha trabajado con los nuevos datos.

Los participantes fueron informados de la posibilidad de colaborar en el estudio de modo voluntario asegurándoles que los datos serían tratados de modo confidencial.

Además, hemos contado con el consentimiento del SES-SAMU y del SAUS de la ciudad de Valencia, del SAMUR PC y del SAMUR Social de la ciudad de Madrid, aceptando participar en la investigación.

En la planificación del diseño se hizo hincapié en la importancia de las preguntas, problemas y el método para informar del alcance del estudio de investigación, además de la naturaleza de los datos. Se tuvieron en cuenta los pasos del diseño que recomiendan Morse y Richards (2002): en primer lugar, establecer el propósito, cuál es la intención, qué se quiere conseguir. En segundo lugar, la ubicación

metodológica, cuál es el ajuste apropiado del método cualitativo o cuantitativo a la pregunta y tema. En tercer lugar, el alcance del estudio, si se sabe lo suficiente sobre el tema a estudio, si se está comparando algo. En cuarto lugar, la planificación de la naturaleza de los datos, qué tipo de datos serán relevantes, qué tipos existen, cómo y en qué orden van a ser combinados, la utilización de software para el manejo de los datos. Y en último lugar, pensar en el futuro, qué ofrecerá el estudio, por qué se cree en él.

Con el fin de comparar modos de hacer se han realizado entrevistas a profesionales de servicios de emergencia sociales y sanitarios en dos ciudades diferentes: SAMUR PC de Madrid y SAMU de Valencia, y al SAMUR Social en Madrid y al SAUS en Valencia.

Una vez recogidos los datos se registraron en una base de datos en Excel. Para el tratamiento de los datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 17.0. Se realizó la transcripción de las 8 entrevistas y se planificó el análisis cualitativo mediante un mapa de diseño y el programa de análisis cualitativo ATLAS.ti versión 7.1.7. Se analizaron los datos cualitativos a través de un plan de análisis y del mapa del diseño elaborado en los meses previos.

A continuación se muestran cuáles fueron las técnicas de recogida de datos, la selección muestral y los escenarios de la investigación (tabla 4).

Tabla 4. Técnicas de recogida de datos, selección muestral y escenario.

Técnicas de recogida de datos	Selección muestral	Escenario
<b>Análisis de necesidades (cuestionario)</b>	195 casos de pacientes atendidos por una emergencia sanitaria (SAMU Valencia) y se les ha detectado una situación de emergencia social (necesidades sociales).	SAMU ciudad de Valencia unidades SAMU de alfa I (Hospital de Manises), alfa II (Hospital de la Malvarrosa), alfa III (Hospital la Fe Campanar), alfa IV (Hospital General Universitario), alfa VI (Hospital Clínico Universitario), alfa VII (Hospital la Fe Campanar) y alfa VIII (área de Paterna).

<p><b>Entrevistas en profundidad</b></p>	<p>8 entrevistas semi-estructuradas en profundidad:</p> <p>M1 SAMUR Social Madrid: 2 profesionales de la gestión de atención a emergencias sociales. Entrevista 1: Jefe del Departamento del SAMUR Social y atención a PSH . Diego. Entrevista 2: Jefe de Unidad de la central. Pedro.</p> <p>M2 SAUS Valencia: 2 profesionales de la gestión de atención a las emergencias sociales. Entrevista 3: Jefa de Sección Gestión Programas y Centros. Laura. Entrevista 4: Gerente de la Fundación RAIS, Valencia empresa gestora del SAUS. Guillermo.</p> <p>M3 SAMUR PC Madrid: 2 profesionales de la emergencia sanitaria. Entrevista 5: Jefa de sección de calidad. Violeta. Entrevista 6: Psicóloga de guardia. Carmen.</p> <p>M4 SAMU Valencia: 2 profesionales de la emergencia sanitaria. Entrevista 7: Médica emergencias extrahospitalarias SAMU. Marina. Entrevista 8: Enfermera emergencias extrahospitalarias SAMU. Lucía.</p>	<p>M1 SAMUR Social ciudad de Madrid. Entrevista 1: Dirección del Departamento SAMUR Social C/ Ortega y Gasset nº 100. Entrevista 2: Central del SAMUR Social C/ Carrera de San Francisco s/n.</p> <p>M2 SAUS ciudad de Valencia. Entrevista 3: Ayuntamiento de Valencia C/ Amadeo de Saboya 11. Entrevista 4: Rais Fundación.</p> <p>M3 SAMUR PC ciudad de Madrid. Entrevista 5: Casa de Campo central SAMUR PC. Entrevista 6: Casa de Campo Central SAMUR PC.</p> <p>M4 SAMU ciudad de Valencia. Entrevista 7: base SAMU Hospital de la Malvarrosa. Entrevista 8: base SAMU Hospital Clínico Universitario.</p>
<p><b>Estudio de caso</b></p>	<p>1 caso único “Silveria” persona mayor dependiente de 86 años que tras una emergencia sanitaria de su cuidador principal, el SUMMA-112 le detecta una emergencia social derivando al SAMUR Social de Madrid por una “situación de desprotección sobrevenida”.</p>	<p>Caso único “Silveria” en la ciudad de Madrid: SAMUR Social Madrid C/ Ortega y Gasset nº 100.</p>



## **4.1 EL CUESTIONARIO**

### **4.1.1 Justificación**

La metodología de encuestas es una de las alternativas más frecuentemente utilizadas en las últimas décadas en investigación social. Se trata de un instrumento basado en el autoinforme como método para la recogida de información. El cuestionario atiende a requerimientos que justifican su uso (Meneses, 2010) como la necesidad de producir y recoger datos estructurados para tomar decisiones, gracias a la colaboración de las propias personas como auto-informadores y con una precisión conocida para las afirmaciones obtenidas.

El instrumento utilizado se ha elaborado para recoger los datos, teniendo en cuenta el propósito de la investigación y responder a las preguntas de investigación planteadas en el diseño mediante un cuestionario ad hoc, reservando el anonimato de los participantes, con el objetivo de detectar emergencias y problemáticas sociales a través de la emergencia sanitaria en la que ha intervenido el SAMU en la ciudad de Valencia y cuál ha sido su respuesta ante la detección. El cuestionario (ver anexo 5) pretende producir datos cuantitativos para su tratamiento y análisis estadístico, preguntando de manera estructurada a un conjunto de personas que representan a una población determinada (Ugalde y Balbastre, 2013).

### **4.1.2 Selección muestral**

Hasta el momento en que los profesionales del SAMU de Valencia tuvieron el instrumento de esta Tesis Doctoral, nunca antes había sido registrado el número de emergencias sociales. Por esta razón no podemos saber el número de emergencias sociales reales, tan solo el número de emergencias sociales que fueron registradas.

Así, se recogieron un total de 195 cuestionarios cumplimentados por profesionales del SAMU de Valencia. El número de profesionales fue 56 (tabla 5) y las

bases logísticas a las que pertenecen son las que intervienen en la ciudad de Valencia (alfa I, alfa II, alfa III, alfa IV, alfa VI, alfa VII y alfa VIII)<sup>50</sup>. En la figura 1 se muestra en un mapa de la ciudad de Valencia la ubicación de las unidades móviles del SAMU que han formado parte de la muestra del estudio.

Tabla 5. Profesionales del SAMU que participaron voluntariamente en la cumplimentación de los cuestionarios de detección de necesidades sociales.

Base SAMU	Muestra	Total médicos	Total enfermeros
Alfa I Manises <b>H. Manises</b>	10	5	5
Alfa II <b>H. Malvarrosa</b>	10	5	5
Alfa III <b>La Fe Campanar</b>	10	5	5
Alfa IV <del>Manises</del> <b>H. General</b>	10	5	5
Alfa VIII <b>Paterna</b>	6	3	3
Alfa VI <b>H. Clínico</b>	10	5	5
Alfa VII <b>H. La Fe</b>			
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>28</b>	<b>28</b>



Figura 1. Ubicación de las unidades móviles del SAMU participantes en el estudio.

<sup>50</sup> Unidades SAMU de intervención en Valencia ciudad. Alfa V interviene fuera de la ciudad de Valencia.

### 4.1.3 Instrumento

El cuestionario confeccionado ad hoc para esta investigación se estructura en 3 bloques de ítems (ver anexo 5) siguiendo a los objetivos de la investigación. El primer bloque de preguntas consta de un apartado sobre los *datos generales de la unidad SAMU* que los recoge, la fecha, el número de emergencia sanitaria, el personal sanitario que cumplimenta el cuestionario y la causa de activación de la unidad SAMU. El segundo bloque se refiere a la *información del paciente valorado por la unidad SAMU* con problemática social, recabando información sobre la edad, el sexo, si está indocumentado/a, si es extranjero/a, si colabora, si requiere traslado hospitalario para tratamiento sanitario continuado y la necesidad social detectada (malos tratos, PSH vulnerable, pérdida traumática de un ser querido en la emergencia sanitaria, reacción psicológica refleja, insalubridad del domicilio, escasez o incapacidad de gestión de medios económicos y soledad sobrevenida a persona dependiente). El tercer y último bloque hace referencia a la *respuesta que ofrece la unidad SAMU* ante la detección de necesidades y problemática social, pudiendo ser la activación del SAUS a través de la policía local, la petición de intervención social en el hospital receptor del paciente en el caso de traslado por la emergencia sanitaria o el desconocimiento del procedimiento a seguir ante la detección de la emergencia social y la necesidad de un protocolo de actuación.

### 4.1.4 Plan de análisis

Se realizó un plan de análisis de los datos cuantitativos recogidos a través de los cuestionarios mediante un diseño de pasos a seguir y fases: En la fase de análisis previo se realizaron tareas de cómo documentar la recepción de los datos y llevar registros apropiados, revisar todos los cuestionarios que estuviesen completos y legibles, aplicar medidas para recuperar información faltante y asignar números de identificación. Posteriormente se codificaron los datos para crear un conjunto de datos en soporte informático con el fin de prepararlos para su posterior análisis. Se establecieron todas las variables cuantitativas a estudiar. Se realizó una verificación y depuración de los datos revisando si existían desviaciones o códigos erráticos, luego se procedió a

desarrollar un archivo de análisis considerando las transformaciones para generar los resultados más significativos posibles tal y como sugieren Polit y Hungler (2000). Se realizó un análisis descriptivo y un análisis inferencial con el programa informático SPSS versión 17. La fase final del análisis implicó la interpretación de los resultados.

## **4.2 LAS ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVE**

A continuación se detalla la entrevista en profundidad como técnica de recogida de datos utilizada en el estudio.

### **4.2.1 Justificación**

La técnica de toma de datos cualitativos fue la entrevista en profundidad, que tiene como finalidad comprender la experiencia vital de las personas y el significado que las personas le dan a esa experiencia. La entrevista proporciona acceso al contexto de la conducta de las personas y nos proporciona una vía de comprensión del significado de dicha conducta (Casasempere, 2011). En todo momento se ha pretendido responder a las preguntas de investigación, con el objetivo de conocer en profundidad la intervención de los servicios de emergencias sociales y sanitarios en Valencia y en Madrid ante las emergencias sociales. Se ha elegido la entrevista como metodología cualitativa por sus propiedades explicativas y su poder exploratorio, ofreciendo una oportunidad mucho mayor para estudiar los procesos que tienen lugar en la vida social (Ugalde y Balbastre, 2013).

### **4.2.2 Selección muestral**

Se realizaron 8 entrevistas semi-estructuradas en profundidad (ver anexo 6 y 7) con cuatro modelos diferentes según el servicio al que pertenecían (Servicio de Emergencias de Atención a las Emergencias Sociales o Sanitarias) y según la ciudad de recogida de los datos cualitativos. Se recogió la información en una sola sesión con una duración aproximada entre 60 minutos y 90 minutos de duración cada una de las entrevistas realizadas. A continuación se muestra (según tipo de entrevista) el número

de entrevistas y la muestra recogida preservando el anonimato de los participantes y utilizando seudónimos (la información complementaria puede verse en el anexo 5):

Modelo 1. SAMUR Social Madrid: 2 profesionales de la Gestión de Atención a Emergencias Sociales.

- Entrevista 1: Jefe del Departamento del SAMUR Social y atención a PSH. Diego.
- Entrevista 2: Jefe de Unidad de la central. Pedro.

Modelo 2. SAUS Valencia: 2 profesionales de la Gestión de Atención a las Emergencias Sociales.

- Entrevista 3: Jefa de Sección Gestión Programas y Centros Laura.
- Entrevista 4: Gerente de la Fundación RAIS, Valencia empresa gestora del SAUS. Guillermo.

Modelo 3 (1 y 2). SAMUR PC Madrid: 2 profesionales de la emergencia sanitaria.

- Entrevista 5: Jefa de sección de calidad. Violeta.
- Entrevista 6: Psicóloga de guardia. Carmen.

Modelo 4. SAMU Valencia: 2 profesionales de la emergencia sanitaria.

- Entrevista 7: Médica emergencias extrahospitalarias SAMU. Marina.
- Entrevista 8: Enfermera emergencias extrahospitalarias SAMU. Lucía.

Se citó a los entrevistados como profesionales de la emergencia en un lugar tranquilo (un despacho) y se les pidió consentimiento para grabar la entrevista, asegurándoles el tratamiento confidencial de los datos tratados exclusivamente para fines de investigación (Casasempere, 2011).

### **4.2.3 Instrumento**

La entrevista en sus cuatro modelos se estructura en tres bloques de preguntas (ver anexo 5).

El bloque A comprende de la pregunta 1 hasta la pregunta 4 y cuestiona sobre el Servicio de Emergencias Social (SAMUR Social y SAUS) o Sanitario (SAMUR PC y SAMU) en Valencia (SAUS y SAMU) y en Madrid (SAMUR PC y SAMUR Social).

El bloque B comprende de la pregunta 5 hasta la pregunta 8 y cuestiona sobre la detección de necesidades sociales en la emergencia.

El bloque C comprende de la pregunta 9 hasta la pregunta 15 y cuestiona sobre los recursos socio-sanitarios como medio de protección social que hacen frente a las emergencias sociales.

### **4.2.4 Plan de Análisis**

Se ha realizado un plan de análisis de los datos cualitativos y una estrategia cíclica para guiar el análisis según el propósito de la investigación. La estrategia ha seguido un ciclo prospectivo de análisis del contenido cuantitativo básico y una fase inicial de auto codificación. A continuación se ha seguido un ciclo de codificación en el que se realizó la segmentación y el memoing (Saldaña, 2009) y una codificación en tres ciclos, uno primero de codificación rápida de términos cargados de significado, una segunda codificación focalizada en el tema principal del estudio: las emergencias sociales y detección de necesidades a través de la emergencia *in situ* y una tercera codificación teórica, axial que trazase relaciones de los principales códigos. En el siguiente ciclo de recodificación, se agruparon en familias los códigos y se elaboraron protocategorías. El ciclo que continúa es el de la categorización, en el que se definieron las dimensiones de las categorías y se definieron las relaciones entre las dimensiones de las categorías. Por último, se definió el modelo haciendo explícitos los resultados del análisis considerando los problemas que se han ido encontrando y los límites de los resultados (Saldaña, 2009; Casasempere, 2011). La estrategia analítica ha perseguido

dar respuesta a las preguntas de investigación finalizando con una narrativa teórica a partir de los datos cualitativos (ver anexo 8).

### **4.3 ESTUDIO DE CASO ÚNICO: APROXIMACIÓN A UNA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL**

A continuación se detalla el estudio de caso utilizado como una de las técnicas de recogida de datos en el estudio.

#### **4.3.1 Justificación**

El estudio de casos facilita la comprensión del problema o realidad por analizar, entendiéndola en todos sus matices y de forma global, es adecuado cuando se pretende descubrir “cómo” o “por qué” tiene lugar un fenómeno, facilitando su observación en su contexto real y desde una perspectiva dinámica (Yin, 1994). Tiene como finalidad presentar una relación completa y exacta de la realidad que permita comprender el problema a partir de la información obtenida, analizando y narrando una representación de la situación (Monroy, 2009).

Así mismo, se pretende comprender la realidad del proceso de detección de una emergencia social en la ciudad de Madrid a través de un servicio de emergencias sanitarias (SUMMA-112) y la derivación al SAMUR Social como servicio de atención a las emergencias sociales mediante un procedimiento conjunto (ver anexo 3) con un trabajo coordinado, multidisciplinar e integral de emergencia a una persona vulnerable en situación de desprotección sobrevenida a persona dependiente interviniendo en la valoración de necesidades y atención socio-sanitaria por los profesionales y respuesta con recursos como medio de protección. Los criterios de selección del caso han sido perseguir los objetivos del presente trabajo y las preguntas de investigación, previo diseño metodológico que guiese el proceso de recogida de información a través del instrumento, el análisis cualitativo y la redacción de los resultados para su discusión. El caso ha sido seleccionado para visibilizar la emergencia social, su detección y tratamiento socio-sociosanitario protocolizado en la ciudad de Madrid.

#### **4.3.2. Selección muestral**

El caso único “Silveria” expone la situación de una persona mayor dependiente de 86 años del distrito de Salamanca de la ciudad de Madrid que tras una emergencia sanitaria de su cuidador principal y marido atendida por el SUMMA-112. Silveria con un gran deterioro cognitivo y sin familia directa que se haga cargo de ella, queda en una situación de desprotección sobrevenida y con necesidades sociales sujetas a intervención por un servicio específico de atención a las emergencias sociales. A través de un procedimiento de intervención conjunto SUMMA-112 y SAMUR Social se interviene la emergencia socio-sanitaria por “situación de desprotección sobrevenida a persona dependiente”.

#### **4.3.3 Instrumento**

Se ha utilizado como técnica el Estudio de Caso a través de análisis de los siguientes documentos (ver anexos 6 y 3): 1. El informe socio-sanitario del SAMUR Social y asistencia del SUMMA-112, 2. El procedimiento de actuación conjunta SUMMA-112, emergencia social, y SAMUR Social para situaciones de emergencia social y 3. El procedimiento de derivación de personas mayores que sufren una emergencia desde el SAMUR Social al centro residencial.

El estudio de caso como herramienta es útil para ampliar el conocimiento en un entorno real, desde múltiples posibilidades y estudiarlo desde todos los ángulos posibles, con el fin de tomar decisiones objetivas y viables (Ugalde y Balbastre, 2013). Por ello es importante tener una concepción multidimensional del problema socio-sanitario que pueda llevarse a la práctica desde un abordaje múltiple (Jurado y de Grado, 1999).

#### **4.3.4 Plan de Análisis**

Se ha realizado un plan de análisis de los datos cualitativos y una estrategia cíclica para guiar el análisis según el propósito de la investigación. La estrategia ha seguido un ciclo prospectivo de análisis del contenido cuantitativo básico y una fase



inicial de auto codificación. A continuación se ha seguido un ciclo de codificación en el que se realizó la segmentación y el *memoing* (Saldaña, 2009) y una codificación en tres ciclos: uno primero de codificación rápida de términos cargados de significado; una segunda codificación focalizada en el tema principal del estudio (las emergencias sociales y detección de necesidades a través de la emergencia *in situ*) y una tercera codificación teórica, axial que trace relaciones de los principales códigos; en el siguiente ciclo de recodificación, se agruparon en familias los códigos y se elaboraron protocategorías. El ciclo que continúa es el de la categorización, en el que se definieron las dimensiones de las categorías y se definieron las relaciones entre las dimensiones de las categorías. Por último, se definió el modelo haciendo explícito los resultados del análisis considerando los problemas que se han ido encontrando y los límites de los resultados (Saldaña, 2009; Casasempere, 2011). La estrategia analítica ha perseguido dar respuesta a las preguntas de investigación finalizando con una narrativa teórica a partir de los datos cualitativos (ver anexo 8).

## 5. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con respecto a los datos obtenidos del cuestionario, el análisis que a continuación se detalla presenta dos partes diferenciadas, una primera parte donde se lleva a cabo un análisis estadístico descriptivo dividido en dos partes; una primera donde se han analizado las variables cualitativas a través de la obtención de tablas de frecuencias, y una segunda parte donde se han analizado las variables cuantitativas y se ha obtenido la media, mediana, rango, desviación típica. Para las variables cuantitativas se ha efectuado un análisis estadístico inferencial del que se han obtenido unos resultados obtenidos del análisis del intervalo de confianza para la proporción y de los contrastes Chi-cuadrado de independencia.

## 5.1. Análisis estadístico descriptivo

En la tabla 6 de participación según bases del SAMU se puede observar que de una muestra de  $n=195$  cuestionarios, sólo un profesional (0,6%) del SAMU no contestó a qué unidad pertenecía, 17 (8,7%) pertenecía a la unidad alfa-1, 30 (15,4%) a la unidad alfa-2, 49 (25,1%) a la unidad alfa-3, siendo la unidad con mayor número de profesionales que han participado en el análisis, 16 (8,2%) a la unidad alfa-4, 40 (20,5%) a la unidad alfa-6, 39 (20%) a la unidad alfa-7 y 3 (1,5%) a la unidad alfa-8. A continuación se representa en la figura 2 a través del diagrama de barras de las frecuencias según la participación de las bases del SAMU.

Tabla 6. Participación según bases del SAMU.

UNIDAD SAMU	FRECUENCIA	PORCENTAJ E
No contesta	1	0,51
Alfa-I	17	8,72
Alfa-II	30	15,38
Alfa-III	49	25,13
Alfa-IV	16	8,21
Alfa-VI	40	20,51
Alfa-VII	39	20
Alfa-VIII	3	1,54
Total	195	100

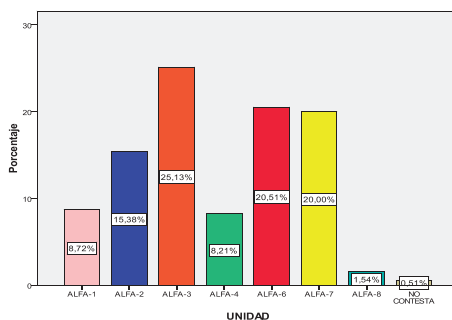


Figura 2. Participación según bases del SAMU.

En la tabla 7 de distribución diaria de las emergencias sociales, de un total de 195 emergencias, se atendieron 35 (17,9%) emergencias sociales en el martes siendo este día la moda de la distribución por tener la máxima frecuencia. En el resto de días se observa una distribución bastante similar (del 11.28% al 13.33%) a excepción del viernes (7.18%). A continuación se representa en la figura 3 a través del diagrama de barras.

Tabla 7. Distribución diaria de las emergencias sociales atendidas por el SAMU.

DÍA DE LA SEMANA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lunes	25	12,8
Martes	35	17,9
Miércoles	25	12,8
Jueves	24	12,3
Viernes	14	7,2
Sábado	24	12,3
Domingo	26	13,3
Festivo	22	11,3
Total	195	100

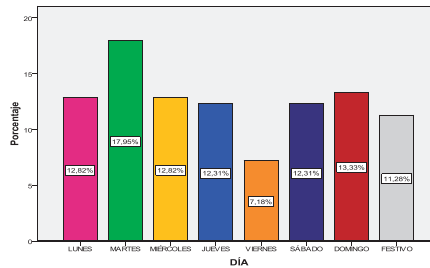


Figura 3. Distribución diaria de las emergencias sociales atendidas por el SAMU.

En la tabla 8 se puede ver la distribución mensual de emergencias sociales atendidas por el SAMU. Observamos que diciembre fue el mes en el que se presentaron

más emergencias sociales (48, 24,6%); por el contrario, en febrero y septiembre de 2013 se registraron solo 2 (1%) siendo estos los dos meses que registraron el menor número de emergencias. A continuación se representa en la figura 4 el diagrama de barras de las frecuencias relativas porcentuales de la distribución mensual de las emergencias sociales atendidas por el SAMU.

Tabla 8. Distribución mensual de las emergencias sociales atendidas por el SAMU.

MES	FRECUENCIA	PORCENTA JE
Febrero 2013	2	1,0
Marzo 2013	16	8,2
Abril 2013	13	6,7
Mayo 2013	13	6,7
Junio 2013	5	2,6
Julio 2013	20	10,3
Agosto 2013	6	3,1
Septiembre 2013	2	1,0
Octubre 2013	6	3,1
Noviembre 2013	8	4,1
Diciembre 2013	48	24,6
Enero 2014	40	20,5
Febrero 2014	16	8,2
total	195	100

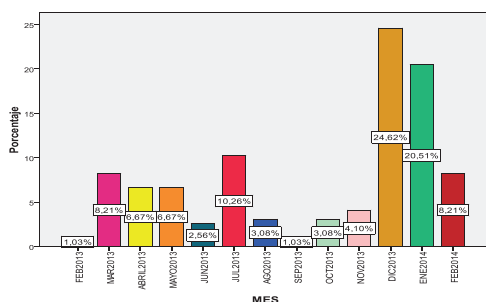


Figura 4. Distribución mensual de las emergencias sociales atendidas por el SAMU.

En la tabla 9 de distribución horaria de las emergencias sociales se puede ver que el 54,7% de las emergencias han tenido lugar entre las 9 y las 16 horas (horario en el

que el SAUS no se encuentra operativo), siendo el rango de las 10 de la mañana el que más activaciones presenta con un total de 22 (11,3%). A continuación se representa en la figura 5 el diagrama de barras de las frecuencias relativas porcentuales correspondientes a la distribución horaria de las emergencias sociales atendidas por el SAMU.

Tabla 9. Distribución horaria de las emergencias sociales atendidas por el SAMU.

HORA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	3	1,5
1	1	0,5
2	0	0,0
3	2	1,0
4	0	0,0
5	1	0,5
6	2	1,0
7	1	0,5
8	8	4,1
9	9	4,6
10	22	11,3
11	14	7,2
12	9	4,6
13	11	5,6
14	15	7,7
15	18	9,2
16	12	6,2
17	9	4,6
18	11	5,6
19	7	3,6
20	8	4,1
21	12	6,2
22	10	5,1
23	7	3,6
Total	192	98,5
Datos faltantes	3	1,5

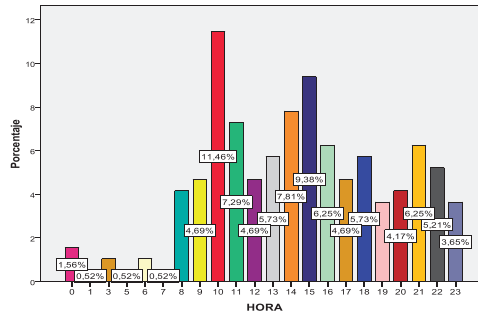


Figura 5. Distribución horaria de las emergencias sociales atendidas por el SAMU.

En la tabla 10 se representan las frecuencias agrupadas que veíamos en la tabla anterior.

Tabla 10. Emergencias sociales atendidas por el SAMU en horario del SAUS.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fuera del horario SAUS	93	47,7
En horario SAUS	101	51,8
No contesta	1	0,5
Total	195	100

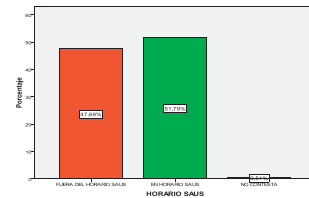


Figura 6. Emergencias sociales atendidas por el SAMU en horario del SAUS.

De un total de 195 emergencias detectadas 101 (51,8%) emergencias fueron atendidas en horario SAUS, 93 (47,7%) fuera del horario SAUS (lunes a jueves de 19:30-8:00, viernes y fines de semana desde las 15:00 del viernes a las 8:00 del lunes y festivos las 24 horas) y una emergencia (0,5%) no contestó sobre el horario en la que tuvo lugar. A continuación se representa en la figura 6 el diagrama de barras de las emergencias sociales atendidas por el SAMU en función del horario SAUS.

En la tabla 11 se muestra qué profesional cumplimenta el formulario. De un total de 195 emergencias, 137 (70,3%) emergencias fueron registrados por enfermeros, 50

(25,64%) por médicos y 8 (4,1%) por ambos. A continuación se representa (figura 7) el diagrama de sectores con los profesionales sanitarios del SAMU que cumplimentan el cuestionario de detección de emergencias sociales.

Tabla 11. Profesionales sanitarios del SAMU que cumplimentan el cuestionario de detección de emergencias sociales.

PROFESIONAL QUE CUMPLIMENTA EL CUESTIONARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Médico	50	25,6
Enfermero	137	70,3
Médico y enfermero	8	4,1
Total	195	100

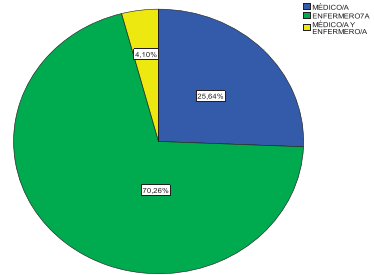


Figura 7. Profesionales sanitarios del SAMU que realizan el formulario de detección de emergencias sociales.

En la tabla 12 se describe la causa de detección de la emergencia social. De 195 casos, en 192 (98,46%) la causa fue una emergencia individual, y en 3 de los casos (1,54%) una emergencia colectiva y sin que hubiese una gran emergencia o catástrofe en el periodo del estudio.

Tabla 12. Causa de detección de la emergencia social.

CAUSA DE DETECCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Emergencia individual	192	98,5
Emergencia colectiva	3	1,5
Gran emergencia / Catástrofe	0	0
Total	195	100

En la tabla 13 se muestra la edad del paciente que presenta problemática social valorado por el SAMU. En una muestra de 190 individuos, la edad mínima es 2 años y la máxima es 97, siendo el rango de  $97-2=95$  años y la media de 50,27 años. El valor de

la desviación típica es 22,3 años. Se puede observar (figura 8) el histograma que representa la variable edad. La distribución de la edad presenta una leve asimetría hacia la derecha, es decir, la cola de la distribución se encuentra desplazada a la derecha habiendo una mayor concentración de personas mayores. Es necesario destacar un subgrupo importante de personas mayores de 65 años y entre ellas un número nada despreciable de personas muy mayores (de más de 85 años). El intervalo modal (en donde se encuentran las edades más frecuentes) es 35-40 años.

Tabla 13. Edad del paciente que presenta problemática social valorado por el SAMU.

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	RANGO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Edad	190	2	97	95	50,27	22,3

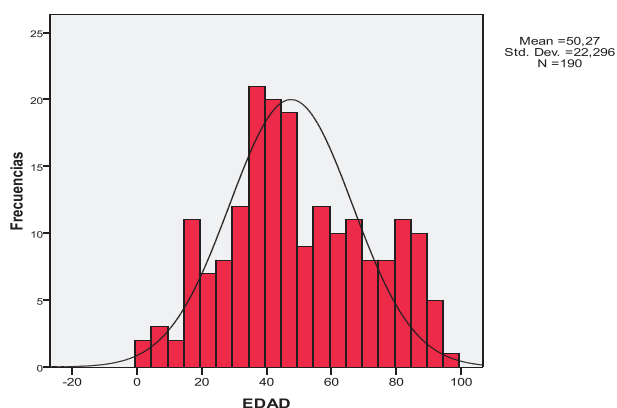


Figura 8. Edad del paciente valorado por el SAMU que presenta problemática social.



En la tabla 14 donde se muestra cuál es el género de pertenencia de las emergencias sociales atendidas por el SAMU. De una muestra de 195 individuos, 104 (53,33%) fueron mujeres, frente a 90 (46,15%) que fueron hombres.

Tabla 14. Género de las emergencias sociales atendidas por el SAMU.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	90	46,2
Mujer	104	53,3
No contesta	1	0,5
Total	195	100

En la tabla 15 se muestra si los pacientes atendidos por el SAMU ante una emergencia social estaban o no documentados. De los 195 individuos, 179 (91,8%) de los pacientes atendidos no estaban indocumentados y 16 (8,21%) no portaban ninguna documentación que acreditara su identidad.

Tabla 15. Identificación de los pacientes con emergencia social atendidos por el SAMU.

INDOCUMENTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	179	91,8
Sí	16	8,2
Total	195	100

En la tabla 16 se observa el número de personas extranjeras atendidas por el SAMU. De una muestra de 195 sujetos, 170 (87,18%) eran españoles, y 22 (1,28%) eran extranjeros.

Tabla 16. Nacionalidad extranjera o no de los pacientes con emergencia social atendidos por el SAMU.

NACIONALIDAD EXTRANJERA O NO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	170	87,2
Sí	22	11,3
No contesta	3	1,5
Total	195	100

En la tabla 17 podemos ver la colaboración del paciente durante la emergencia social atendida por el SAMU, observando que de una muestra de 195 casos, 134 (68,7%) fueron colaboradores con la unidad SAMU que los atendió y 61 (31,3%) no colaboraron en la emergencia.

Tabla 17. Colaboración del paciente durante la emergencia social atendida por el SAMU.

COLABORACIÓN DEL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	61	31,3
Sí	134	68,7
Total	195	100

En la tabla 18 se observa el número de pacientes que requirieron traslado hospitalario tras la emergencia social. De 195, 107 (54,9%) pacientes atendidos necesitaron traslado hospitalario y 88 (45,1%) no requirieron de traslado hospitalario.

Tabla 18. Número de pacientes con emergencia social que requieren traslado hospitalario por el SAMU para continuar el tratamiento.

PACIENTE REQUIERE TRASLADO HOSPITALARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	88	45,1
Sí	107	54,9
Total	195	100

En la tabla 19 se observa las diferentes situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU susceptibles de activar el servicio SAUS. En una muestra de 195 emergencias sociales podemos destacar que la situación más frecuente es la activación por la gestión de medios económicos; necesidad de cuidados por enfermedad 79 situaciones (40,71%) seguida de la gestión de medios económicos; necesidad de aseo o higiene con 77 situaciones (39,49%) y de reacciones psicológicas que reflejan angustia con 76 situaciones (38,97%). A continuación (figura 9) se representa el diagrama de barras de las situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU.

Tabla 19. Situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU.

SITUACIONES DE EMERGENCIA	RESPUESTAS	
	N	%
Malos tratos	20	10,26
PSH vulnerable: mujer	17	8,72
PSH vulnerable: menor de 18 años	5	2,56
PSH vulnerable: mayor de 65 años	7	3,59
PSH vulnerable: por enfermedad física	12	6,15
PSH vulnerable: por enfermedad mental	13	6,67
PSH vulnerable: por otras causas	19	9,74
Pérdida traumática: atropello	1	0,53
Pérdida traumática: accidente de tráfico	2	1,03
Pérdida traumática: PCR en vía pública	1	0,53
Pérdida traumática: suicidio	12	6,15
Pérdida traumática: homicidio	1	0,53
Pérdida traumática: otras causas	9	4,62
Reacción psicológica refleja histeria	31	15,9
Reacción psicológica refleja miedo	39	20
Reacción psicológica refleja angustia	76	38,97
Reacción psicológica refleja negación	14	7,18
Insalubridad del domicilio	44	22,56
Gestión de medios económicos: necesidad de aseo o higiene	77	39,49
Gestión de medios económicos: necesidad de cuidados por enfermedad	79	40,51
Soledad sobrevenida a persona dependiente	19	9,74
Total	195	100,00%

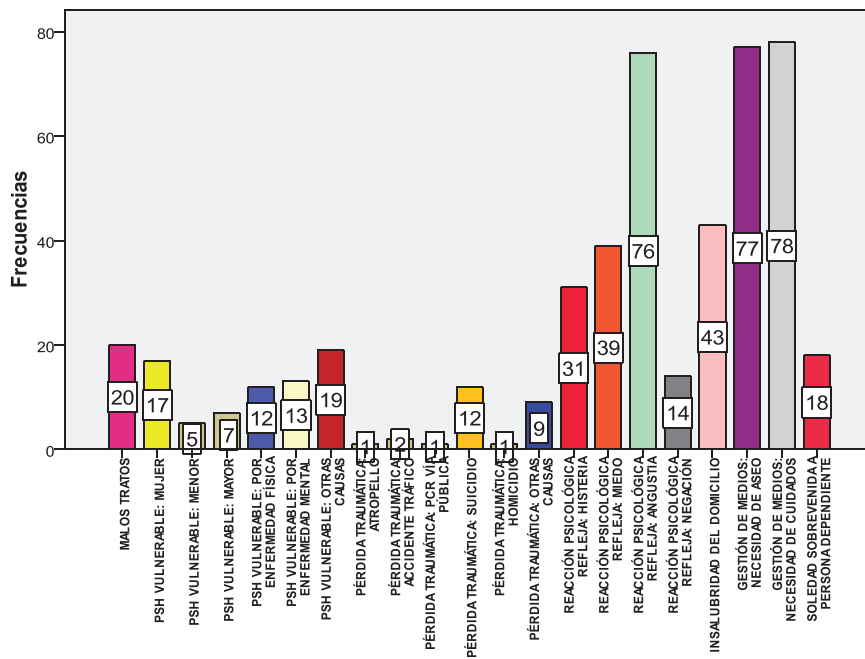


Figura 9. Situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU.

En la tabla 20 se observa que de una muestra de 195 casos, 143 (73,3%) profesionales del SAMU desconocían el procedimiento a seguir, 20 (10,3%) activaron el SAUS y 26 (13,36%) pidieron intervención social en el hospital receptor. A continuación (figura 10) se representa el diagrama de barras de la respuesta por parte del SAMU a la detección de la problemática social.

Tabla 20. Respuesta por parte del SAMU a la detección de la problemática social.

RESPUESTA POR PARTE DEL SAMU A LA DETECCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Activación de SAUS	20	10,3
Petición de intervención social en el hospital receptor	26	13,3
Desconocimiento del procedimiento a seguir	143	73,3
Petición de intervención social y desconocimiento del procedimiento a seguir	2	1
Activación del SAUS y desconocimiento del procedimiento a seguir	4	2,1
Total	195	100

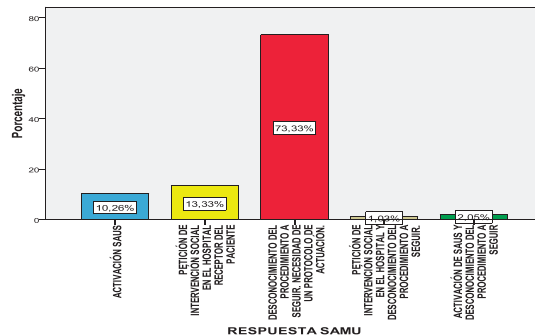


Figura 10. Respuesta por parte del SAMU a la detección de la problemática social.

## 5.2. Análisis estadístico inferencial.

Las tablas de contingencia se utilizan para examinar la relación entre dos variables categóricas, o bien explorar la distribución que posee una variable categórica entre diferentes muestras. La independencia de dos variables categóricas consiste en que la distribución de una de las variables es similar sea cual sea el nivel que examinemos de la otra. Esto se traduce en una tabla de contingencia en que las frecuencias de las filas (y las columnas) son aproximadamente proporcionales. Posiblemente sea más cómodo reconocerlo usando en la tabla de contingencias los porcentajes por filas (o columnas) y observando si estos son similares. La prueba de independencia chi-cuadrado contrasta la hipótesis de que las variables son independientes, frente a la hipótesis alternativa de que una variable se distribuye de modo diferente para los diversos niveles de la otra. Desde que Pearson introdujo el test de la chi-cuadrado en 1900, ésta se ha convertido en una herramienta de uso general para conocer si existe o no relación entre dos variables categóricas. Sin embargo, su aplicación exige de ciertos requerimientos acerca del tamaño muestral que no siempre son tenidos en cuenta. Una de las limitaciones del contraste chi-cuadrado es la siguiente: para que se pueda considerar correcta la significación (valor p) calculada por el estadístico chi-cuadrado de Pearson, se debe cumplir que las frecuencias esperadas no sean muy pequeñas (inferiores a 5) más que en unas pocas casillas. Si es en muchas casillas donde esto ocurre (más del 20%) se debe usar una prueba que no incluya aproximaciones, como la prueba exacta de Fisher. Por esta razón, en los análisis que mostramos a continuación utilizamos la prueba de Chi-cuadrado.

El intervalo de confianza para la proporción de profesionales del SAMU que desconocen el procedimiento a seguir, se calcula a partir del intervalo de confianza de 95% para la proporción p de profesionales del SAMU que lo desconocen, en este caso el tamaño de la muestra es  $n=195$  y el valor estimado de la proporción poblacional es  $\hat{p}=0,7641$  : (0,7045, 0,8237) o expresado en porcentajes, el intervalo de confianza (70,45%, 82,37%) contiene el verdadero valor de la proporción de profesionales del SAMU que desconocen el procedimiento a seguir con una probabilidad de 95%.

En la tabla 21 podemos ver que de una muestra de 193 intervenciones, 93 se produjeron fuera del horario SAUS y 100 en el horario de trabajo del SAUS. Fuera del horario del SAUS 72 profesionales del SAMU desconocían el procedimiento a seguir. En 21 de las ocasiones se necesitó activar el SAUS; de ellas, en 5 ocasiones se activó por el SAMU y en 16 ocasiones hubo petición de intervención social en el hospital receptor. Por otra parte, dentro del horario del SAUS observamos que 76 profesionales del SAMU desconocían el procedimiento a seguir. Se activó al SAUS en 24 ocasiones de las cuales 13 fueron activadas por el SAMU y en 11 ocasiones hubo petición de intervención social en el hospital receptor.

Tabla 21.1 Horario SAUS y respuesta del SAMU a la detección de la problemática social. Tabla de contingencia.

		RESPUESTA SAMU			TOTAL
		Activación del SAUS	Petición de intervención social en el hospital receptor	Desconocimiento del procedimiento a seguir	
Horario SAUS	Fuera del horario SAUS	5	16	72	93
	En horario SAUS	13	11	76	100
Total		18	27	148	193

Tabla 21.2 Horario del SAUS y respuesta del SAMU a la detección de la problemática social. Test Chi Cuadrado.

	VALOR	GL	SIGNIFICACIÓN ASINTÓTICA BILATERAL
Chi-cuadrado de Pearson	4,341 <sup>a</sup>	2	,114 (NO SIGNIFICATIVO)
Razón de verosimilitud	4,468	2	,107
Asociación Lineal X Lineal	,965	1	,326
N de casos válidos	193		
a. 0 celdas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia mínima esperada es 8,67.			

No se rechaza la hipótesis nula porque  $0,05 < 0,114$  no existe relación entre el horario del SAUS y la respuesta dada por el SAMU a un nivel de significación de  $\alpha=0,05$ . No se rechaza  $H_0$ , por tanto no hay relación entre las variables. En la siguiente figura 11 se observa que las distribuciones de los niveles de las respuestas del SAMU son similares en las emergencias sociales atendidas en horario del SAUS y fuera del horario del SAUS; independientemente del horario en el que haya sido atendida por el SAMU el número de emergencias en las que se desconoce el procedimiento a seguir es notablemente alto.

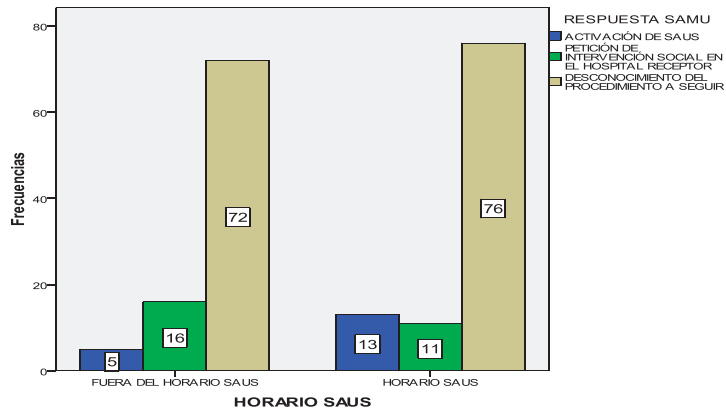


Figura 11. Horario SAUS y respuesta del SAMU a la detección de la problemática social.

En la tabla 22 se muestra el número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU. Hubo 24 casos que fueron atendidos fuera del horario del SAUS con una situación de emergencia, 47 fuera del horario del SAUS con 2 a 3 situaciones de emergencia, 22 fuera del horario del SAUS con más de 3 situaciones de emergencia. En total fueron atendidas 93 emergencias fuera del horario del SAUS. Así mismo, 27 emergencias fueron atendidas en horario del SAUS con una situación de emergencia, 51 en horario del SAUS con 2 a 3 situaciones y 23 en horario del SAUS con más de tres situaciones. En total fueron atendidas 101 emergencias en horario del SAUS. Desde el SAMU atendieron un total de 51 emergencias sociales con una situación, 98 con 2 o 3 situaciones y 45 con más de tres.



Tabla 22.1 Horario del SAUS y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU.

Tabla de contingencia.

		NÚMERO DE SITUACIONES			TOTAL
		Una situación de emergencia	2-3 situaciones de emergencia	Más de 3 situaciones de emergencia	
Horario del SAUS	Fuera del horario del SAUS	24	47	22	93
	Horario del SAUS	27	51	23	101
Total		51	98	45	194

El número de situaciones de emergencia no se relaciona de modo significativo con el horario del SAUS.

Tabla 22.2 Horario del SAUS y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU.

Test Chi Cuadrado.

	VALOR	GL	P- VALOR ASINTÓTICO BILATERAL
Chi cuadrado de Pearson	,032 <sup>a</sup>	2	,984 (NO SIGNIFICATIVO)
Razón de verosimilitud	,032	2	,984
Asociación lineal por lineal	,032	1	,858
N de casos válidos	194		
a. 0 celdas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia esperada mín. 21,57.			

No se rechaza la hipótesis nula porque  $0,05 < 0,984$ . No hay evidencia suficiente para rechazar que existe relación entre el número de situaciones de emergencia y la variable que indica si la emergencia fue atendida en horario SAUS o no a un nivel de significación de  $\alpha=0,05$ . A continuación la figura 12 muestra el diagrama de barras agrupadas de la atención de las situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU en horario del SAUS.

Lo que sí que está claro es que hay un mayor número de casos en los que se observa 2-3 situaciones de emergencia a la vez e incluso más de 3.

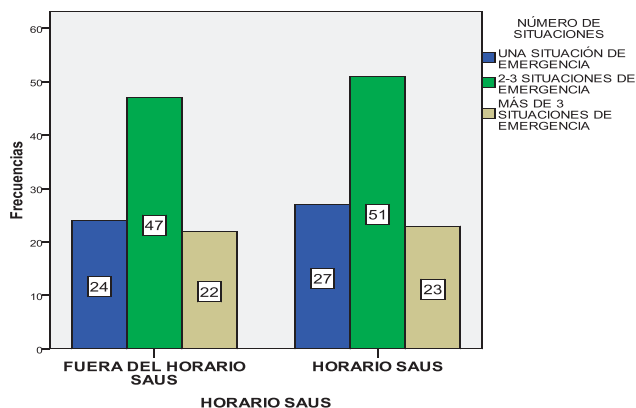


Figura 12. Horario del SAUS y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU.

En la tabla 23 podemos observar el número de situaciones de emergencia en relación al género del paciente. Se puede determinar que para los hombres hubo 27 casos en los que hubo 1 situación de emergencia, 48 con 2-3 situaciones de emergencia y 15 con más de 3 situaciones de emergencia. En el caso las mujeres vemos 23 casos con 1 situación de emergencia, 50 casos con 2-3 situaciones de emergencia y 31 con más de 3 situaciones de emergencia. Se observa, pues un menor número de casos con 1 situación y un mayor número de casos con más de 3 en las mujeres.

Tabla 23.1 Género y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU. Tabla de contingencia.

		NÚMERO DE SITUACIONES			TOTAL
		Una situación de emergencia	2-3 situaciones de emergencia	Más de 3 situaciones de emergencia	
Género	Hombre	27	48	15	90
	Mujer	23	50	31	104
Total		50	98	46	194

Si se elige un nivel de significación de  $\alpha=0,05$  no rechazo la hipótesis nula porque  $0,05 < 0,085$  y concluyo que no hay evidencia suficiente para rechazar que existe relación entre el número de situaciones de emergencia y el género a un nivel de significación de  $\alpha=0,05$ . Si realizara el contraste con  $\alpha=0,1$  concluiría que existe relación significativa entre las variables porque  $0,1 > 0,085$ .

Tabla 23.2 Género y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU. Test de Chi Cuadrado.

	VALOR	GL	P VALOR ASINTÓTICO BILATERAL
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	4,941 <sup>a</sup>	2	,085 (no significativo)
<b>Razón de verosimilitud</b>	5,033	2	,081
<b>Asociación Lineal X Lineal</b>	4,292	1	,038
<b>N de casos válidos</b>	194		

a. 0 celdas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia esperada mínima es 21, 34.

A continuación en la figura 13 se muestra el diagrama de barras agrupadas del género y el número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU.

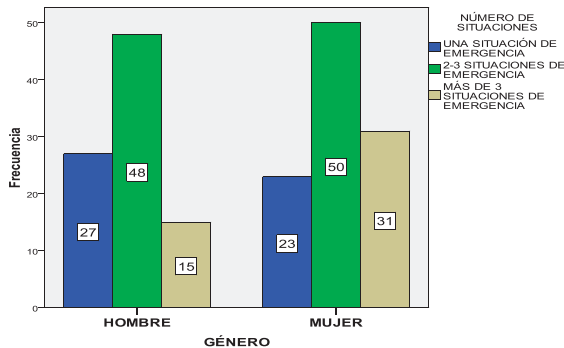


Figura 13. Género y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAM

Tabla 24. Género y tipo de situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU.

Género	TIPO DE SITUACIONES DE EMERGENCIA SOCIAL ATENDIDAS POR EL SAMU						
	Malos tratos	PSH vulnerable: mujer	PSH vulnerable: menor de 18 años	PSH vulnerable: mayor de 65 años	PSH vulnerable: enfermedad física	PSH vulnerable: enfermedad mental	PSH vulnerable: otras causas
Hombre	5	0	0	3	6	5	11
Mujer	15	17	5	4	6	8	8
Total	20	17	5	7	12	13	19
	Pérdida traumática: atropello	Pérdida traumática: accidente de tráfico	Pérdida traumática: PCR vía pública	Pérdida traumática: suicidio	Pérdida traumática: homicidio	Pérdida traumática: otras causas	Reacción psicológica a refleja histeria
Hombre	0	1	1	9	0	6	14
Mujer	1	0	0	3	1	3	17
Total	1	1	1	12	1	9	31
	Reacción psicológica refleja miedo	Reacción psicológica refleja angustia	Reacción psicológica refleja negación	Insalubridad del domicilio	Gestión de medios económicos: necesidad de aseo o higiene	Gestión de medios económicos: necesidad de cuidados por enfermedad	Soledad sobrevenida a persona dependiente
Hombre	15	29	6	21	38	32	5
Mujer	24	47	8	23	39	47	14
Total	39	76	14	44	77	79	19
				Total			
Hombre							90
Mujer							103
Total							193

De la tabla 24 que muestra el tipo de situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU por género podemos destacar algunas situaciones que se presentan de forma más recurrente en un género que en otro. Se observa que de 12 pérdidas traumáticas por suicidio recogidas en la muestra de 193 emergencias atendidas: 9 (75%) se produjeron en hombres y 3 (25%) en mujeres, y que de 9 pérdidas traumáticas por otras causas, 6 (66,6%) se produjeron en hombres frente a 3 (33,3%) se produjeron en mujeres. Pero en muchas otras situaciones, se produce una mayor emergencia social en las mujeres: malos tratos, dependencia, vulnerabilidad por ser menor, miedo, angustia y necesidad de cuidados por enfermedad. De 20 emergencias computadas por malos tratos 15 (75%) fueron en mujeres frente a las 5 (25%) que se produjeron en hombres. Si se analizan las emergencias por soledad sobrevenida a persona dependiente, de un total de 19 emergencias 14 (74%) fueron en mujeres frente a 5 (26%) que se produjeron en

hombres. Por último, también cabe nombrar que en las situaciones que reflejan angustia se ha observado que de 76 emergencias que han presentado este síntoma 47 (62%) se han producido en mujeres frente a 29 (38%) situaciones en las que los hombres han presentado este cuadro.

A continuación, en las siguientes figuras 14.1, 14.2 y 14.3 se muestran los diagramas de barras agrupadas del género y tipo de situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU.

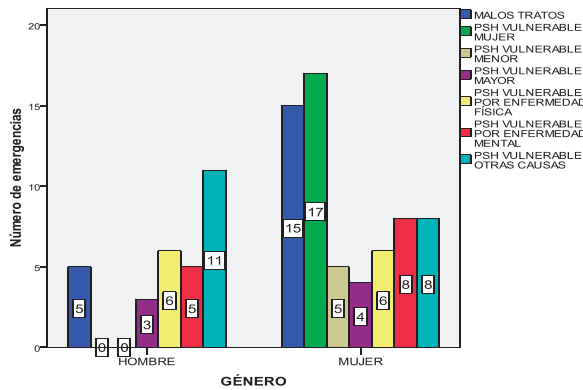


Figura 14.1 Género y tipo de situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU.

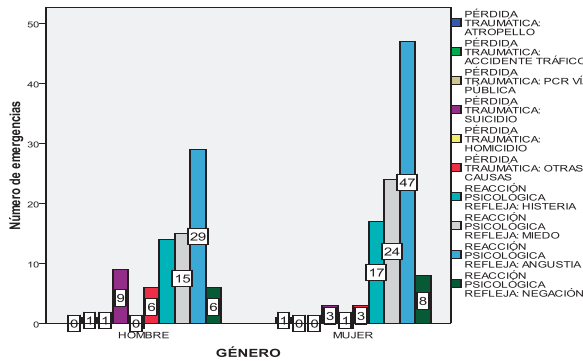


Figura 14.2 Género y tipo de situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU.

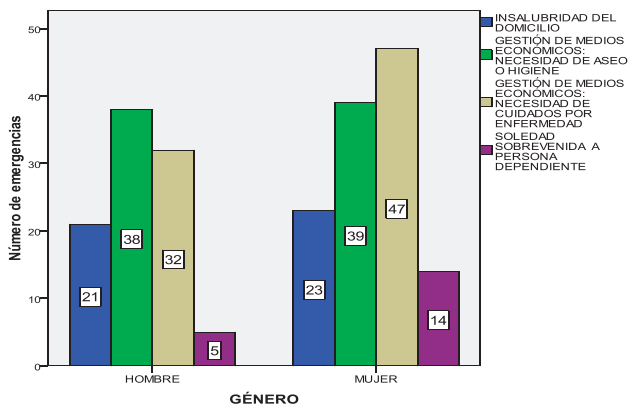


Figura 14.3 Género y tipo de situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU.

En la tabla 25 podemos observar que de una muestra de n= 190 casos, 128 (68%) se encuentran en el rango de edad entre 15-64 años, y que dentro de este rango de edad se han observado 66 (35%) presentan de 2-3 situaciones de emergencia social.

Tabla 25.1. Edad y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU. Tabla de contingencias.

		NÚMERO SITUACIONES			TOTAL
		Una situación de emergencia	2-3 situaciones de emergencia	Más de 3 situaciones de emergencia	
<b>Edad</b>	0-14 años	3	4	1	<b>8</b>
	15-64 AÑOS	33	<b>66</b>	29	128
	65 O MÁS AÑOS	<b>14</b>	<b>26</b>	<b>14</b>	<b>54</b>
<b>Total</b>		50	96	44	190

No se rechaza la hipótesis nula porque  $0,05 < 0,899$  no hay evidencia suficiente para rechazar que existe relación entre el número de situaciones de emergencia y la edad a un nivel de significación de  $\alpha=0,05$ .

Tabla 25.2. Edad y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU. Test de Chi Cuadrado.

	VALOR	GL	P VALOR ASINTÓTICO BILATERAL
Chi-cuadrado de Pearson	1,070 <sup>a</sup>	4	0,9 (no significativo)
Razón de verosimilitud	1,100	4	,894
Asociación Lineal X Lineal	,472	1	,492
N de casos válidos	190		

a. 3 celdas (33,3%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia mínima esperada es 1,85.

Conviene destacar que 8 casos correspondería a menores de 14 años y 54 a mayores de 65 años, población vulnerable de por sí, en atención a la edad. Algunos de los más mayores tuvieron 2 ó mas situaciones.

A continuación la figura 15 muestra el diagrama de barras agrupadas de la edad y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU.

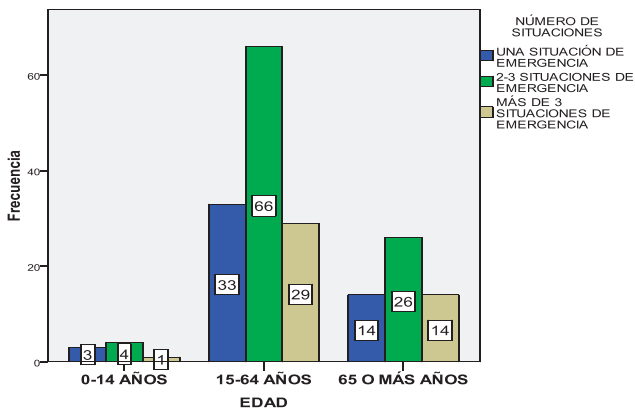


Figura 15. Edad y número de situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU.

En la tabla 26 que se muestra a continuación se puede ver que de las emergencias en las que los profesionales del SAMU no pidieron intervención social, se observa que 84 (50,5%) no requirieron traslado hospitalario, frente a 83 (49,5%) que si que lo requirieron. De las emergencias en las que los profesionales del SAMU pidieron intervención social 27 (14%), 24 (89%) requirieron traslado hospitalario.

Tabla 26.1 Petición de intervención social por el SAMU y requerimiento de traslado hospitalario del paciente. Tabla de contingencia.

		REQUIERE TRASLADO HOSPITALARIO		TOTAL
		No	Sí	
<b>Petición de intervención social</b>	Otra opción	<b>84</b>	<b>83</b>	<b>167</b>
	Petición de intervención social en el hospital receptor	3	24	27
<b>Total</b>		87	107	194

Tabla 26.2. Petición de intervención social por el SAMU y requerimiento de traslado hospitalario del paciente. Test de Chi Cuadrado.

	VALOR	GL	P-VALOR ASINTÓTICO BILATERAL	P-VALOR EXACTO BILATERAL	P-VALOR EXACTO UNILATERAL
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	14,431 <sup>a</sup>	1	,000 (significativo)		
<b>Corrección por continuidad</b>	12,890	1	,000		
<b>Razón de verosimilitud</b>	16,533	1	,000		
<b>Test Exacto de Fisher</b>				,000	,000
<b>Asociación Lineal X Lineal</b>	14,356	1	,000		
<b>N de casos válidos</b>	194				
a. 0 celdas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La mínima frecuencia esperada es 12,11					

Se rechaza la hipótesis nula porque  $0,05 > 0,000$  existe relación entre las emergencias que requieren traslado hospitalario por el SAMU y las que requieren intervención social a un nivel de significación de  $\alpha=0,05$ .



A continuación la figura 16 muestra el diagrama de barras agrupadas de petición social por el SAMU y requerimiento de traslado hospitalario del paciente.

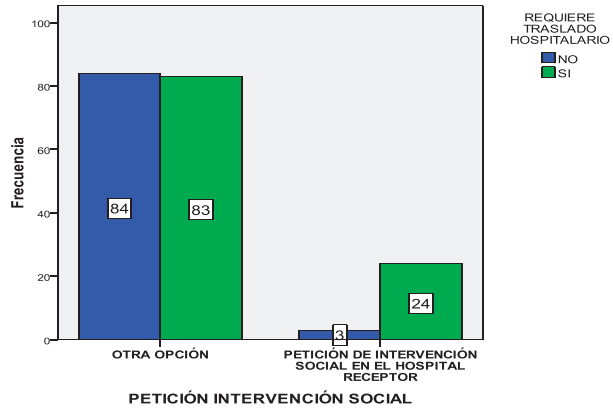


Figura 16. Petición de intervención social por el SAMU y requerimiento de traslado hospitalario del patient

Tabla 27. Situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU que requieren traslado hospitalario.

SITUACIONES DE EMERGENCIA SOCIAL DETECTADAS POR EL SAMU							
	Malos tratos	PSH vulnerable mujer	PSH vulnerable menor de 18 años	PSH vulnerable mayor de 65 años	PSH vulnerable enfermedad física	PSH vulnerable enfermedad mental	PSH vulnerable otras causas
No requiere traslado	7	8	2	2	3	3	7
Requiere traslado	13	9	3	5	9	10	12
Total	20	17	5	7	12	13	19
	Pérdida traumática atropello	Pérdida traumática accidente de tráfico	Pérdida traumática PCR vía pública	Pérdida traumática suicidio	Pérdida traumática homicidio	Pérdida traumática otras causas	Reacción psicológica refleja histeria
No requiere traslado	0	2	1	4	1	6	13
Requiere traslado	1	0	0	8	0	3	18
Total	1	2	1	12	1	9	31
	Reacción psicológica refleja miedo	Reacción psicológica a refleja angustia	Reacción psicológica refleja negación	Insalubridad del domicilio	Necesidad de aseo o higiene	Necesidad de cuidados por enfermedad	Soledad sobrevenida a persona dependiente
No requiere traslado	21	36	4	11	25	39	12
Requiere traslado	18	40	10	33	52	40	7
Total	39	76	14	44	77	79	19
				Total			
No requiere traslado				87			
Requiere traslado				107			
Total				194			

En los datos mostrados en la tabla 27 de las situaciones que requieren traslado hospitalario se observa que de una muestra de los 194 casos en 107 ocasiones se ha requerido de un traslado hospitalario. Quizás para algunos (o muchos de esos 107 casos) el recurso más adecuado no era el hospital, pero fue el recurso más utilizado por los profesionales al desconocer otros.

Veamos esto con un poco más de detalle. En 10 de las 13 situaciones la causa del traslado al hospital fue PSH vulnerable por enfermedad mental; en 9 de las 12 situaciones fue PSH vulnerable por enfermedad física; en 18 de las 31 situaciones fue reacción psicológica por histeria; por miedo en 18 de 39 situaciones, por angustia en 40 de las 76 y por negación en 10 de las 14.

El traslado al hospital por insalubridad del domicilio sucedió en 33 de las 44 situaciones; por necesidad de higiene en 52 de las 77 situaciones y por necesidad de cuidados por enfermedad en 40 de las 79 situaciones.

A continuación en las figuras 17.1 y 17.2 muestran los diagramas de barras agrupadas de las situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU que requieren de traslado hospitalario.

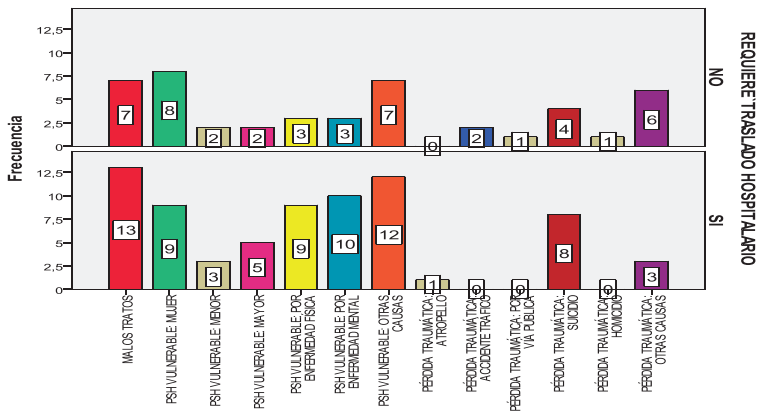


Figura 17.1 Situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU que requieren traslado hospitalario.

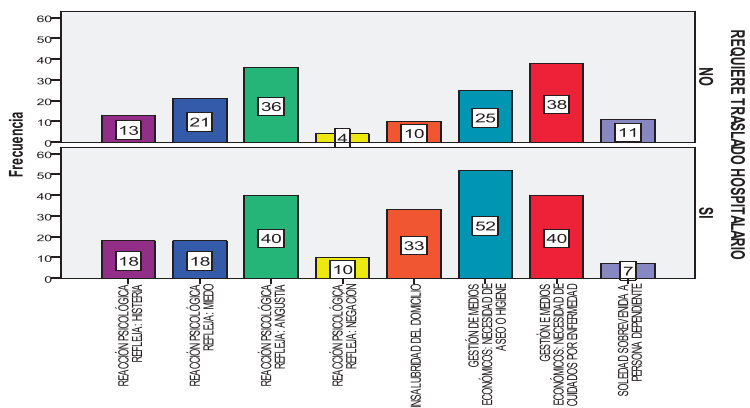


Figura 17.2. Situaciones de emergencia social detectadas por el SAMU que requieren traslado hospitalario.

De la tabla 28 de colaboración de los pacientes ante las situaciones de emergencia podemos destacar que de una muestra de 195 individuos, 134 (69 %) han sido colaboradores, con especial mención a los casos de malos tratos donde de un total de 20 casos 19 (95%) han colaborado, los casos de personas PSH mujer, vulnerable con enfermedad física o mental de los que de 42 casos, 34 han colaborado (85%) y los casos donde se ha presentado un cuadro de reacción psicológica que refleja angustia donde de 76 casos, 65 han colaborado (85%).

Tabla 28. Colaboración del paciente y situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU.

SITUACIONES DE EMERGENCIA SOCIAL DETECTADAS POR EL SAMU								
	Malos tratos	PSH vulnerable mujer	PSH vulnerable menor de 18 años	PSH vulnerable mayor de 65 años	PSH vulnerable enfermedad física	PSH vulnerable enfermedad mental	PSH vulnerable otras causas	
No colabora	1	2	2	1	2	4	3	
Colabora	19	15	3	6	10	9	16	
Total	20	17	5	7	12	13	19	
	Pérdida traumática atropello	Pérdida traumática accidente de tráfico	Pérdida traumática PCR vía pública	Pérdida traumática suicidio	Pérdida traumática homicidio	Pérdida traumática otras causas	Reacción psicológica refleja histeria	
No colabora	1	2	1	8	1	8	13	
Colabora	0	0	0	4	0	1	18	
Total	1	2	1	12	1	9	31	
	Reacción psicológica refleja miedo	Reacción psicológica a refleja angustia	Reacción psicológica refleja negación	Insalubridad del domicilio	Necesidad de aseo o higiene	Necesidad de cuidados por enfermedad	Soledad sobrevenida a persona dependiente	
No colabora	5	11	5	16	27	24	6	
Colabora	34	65	9	28	50	55	13	
Total	39	76	14	44	77	79	19	
				Total				
No colabora					81			
Colabora					134			
Total					195			

A continuación en las figuras 18.1 y 18.2 se muestran los diagramas de barras agrupadas de la colaboración del paciente y las situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU.

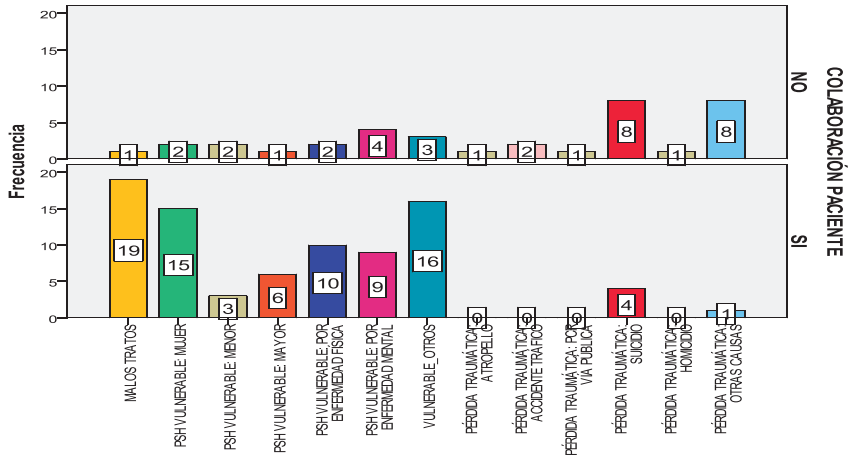
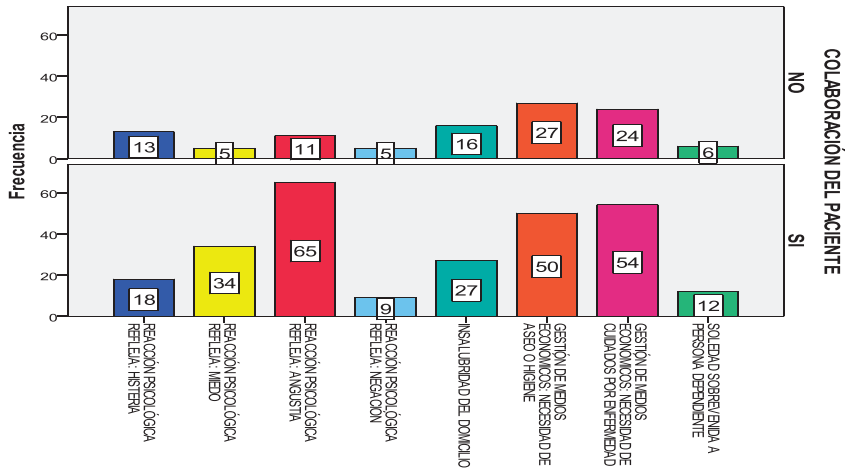


Figura 18.1 Colaboración del paciente y situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU.



Figuras 18.2. Colaboración del paciente y situaciones de emergencia social atendidas por el SAMU.

Para concluir el apartado podemos decir que el SAMU de la ciudad de Valencia detecta emergencias sociales durante su asistencia sanitaria, necesitando la valoración e intervención por el SAUS como servicio específico de atención a las emergencias sociales en la ciudad. El SAUS ha intervenido en escasas emergencias sociales detectadas por el SAMU como consecuencia de que el CICU y los propios profesionales del SAMU desconocen la existencia del servicio. Además, el SAUS presenta un horario de intervención de lunes a viernes de 12 horas, habiendo muchas emergencias en la franja de horario que no están disponibles. Sería necesario una intervención del SAUS las 24 horas y un plan de marketing al SAMU y CICU para ofrecer una protección social al ciudadano/a en cualquier hora del día que ocurra la emergencia social.

A continuación mostramos los resultados de las entrevistas realizadas a los profesionales del SAMUR Social, SAMUR PC, SAUS y SAMU. Las categorías del análisis cualitativo que hemos analizado han sido las siguientes:

- Emergencias sanitarias, emergencia y visibilidad, emergencias en PSH, AMV/catástrofes, crisis económica y emergencias sociales, detección de necesidades sociales por el SAMUR PC y por el SAMU, primeros detectores de necesidades sociales, visibilidad de la emergencia social, detección SAMUR Social, detección de necesidades sociales por el SAUS.
- Colectivos vulnerables, colectivos vulnerables en época de crisis, PSH vulnerables, familia y protección.
- Intervención del SAUS ante emergencias sociales, actuación del SAUS, optimizar el SAUS, limitaciones del SAUS.
- Intervención del SAMUR Social, servicio potente de protección social en la emergencia, premisas del servicio SAMUR Social, figura de intervención ante las emergencias sociales, derivación a los Servicios Sociales por el SAMUR Social.
- Intervención del SAMUR PC ante las emergencias sociales, SAMUR PC detectores de emergencias sociales y riesgo social, intervención conjunta

SAMUR PC y SAMUR Social, notificación de riesgo social en la emergencia por SAMUR PC.

- Intervención del SAMU ante las emergencias sociales, necesidad de intervención conjunta SAMU y SAUS, activación del SAUS por el SAMU, desconocimiento del SAUS por el SAMU, actuación conjunta SAMU y SAUS, necesidad de intervención hospitalaria psicosocial por el SAUS.
- Recursos del SAUS, necesidad de recursos ante las emergencias sociales en Valencia, gestión del recurso por el SAUS, afectación de la crisis a los recursos del SAUS.
- Cartera de recursos potente del SAMUR Social, gestión de intervención con recursos SAMUR Social, recursos municipales y públicos del SAMUR Social, necesidad de ampliación de recursos SAMUR Social.
- Fortalezas del SAUS.
- Fortalezas del SAMUR Social.
- Atención biopsicosocial de emergencia, intervención integral de emergencia, necesidad de un abordaje integral de las emergencias, intervención conjunta de Servicios Sanitarios y Sociales, necesidad de intervención conjunta e integral SAMU y SAUS, necesidad de coordinación en emergencias, coordinación multidisciplinar por el 112.
- Utilidad de los procedimientos, necesidad de procedimientos, procedimiento conjunto SAMUR PC y SAMUR Social, y tipos de procedimientos.

En las matrices cualitativas de las entrevistas (ver anexo 9) se ofrece una visión general de cada una de las categorías y sus citas correspondientes. A continuación mostramos cada una de las preguntas de investigación del estudio y los resultados del análisis atendiendo a la pregunta de investigación: *¿qué situaciones son generadoras de emergencias sociales (necesidades sociales) y quiénes las detectan?*, encontramos las diferentes situaciones generadoras de emergencias sociales (necesidades sociales).





Figura 19. Las emergencias sanitarias como detectoras de necesidades sociales.

En la figura 19 se muestra la categoría “emergencias sanitarias” y los atributos correspondientes. La atención socio-sanitaria por el SAMU, atiende emergencias médicas a través del 112 y del CICU, no obstante muchas veces las emergencias son socio-sanitarias, detectando emergencias sociales vinculadas a la emergencia médica. Marina del SAMU, en su entrevista constata la detección de necesidades sociales en su asistencia sanitaria:

*- El tipo de emergencias que atendemos son obviamente emergencias médicas, lo que pasa es que junto a estas emergencias médicas muchas veces va unido un tipo de urgencia o emergencia social (Marina:7:2).*

La emergencia sanitaria desenmascara necesidades sociales, detectadas a través de la propia emergencia. Según la entrevista de Pedro, muchas de las veces es SAMUR PC o SUMMA-112 quienes activan conjuntamente al SAMUR Social porque a través de la emergencia sanitaria, sale a la luz una emergencia social que se deriva a través de los procedimientos conjuntos al SAMUR Social. Las necesidades socio-sanitarias aparecen en cualquier momento y por ello las necesidades sociales pueden ser detectadas por cualquier grupo de acción de las emergencias. Además, el SAMUR Social considera la labor preventiva de los Servicios Sociales de situaciones que pueden desencadenar una emergencia social.

Se puede decir que la emergencia social no es fácil de detectar ni para los profesionales de la emergencia ni para los ciudadanos/as. La entrevista de Guillermo del SAUS constata que al parecer es más fácil de detectar una emergencia sanitaria para todos, tanto profesionales como ciudadanos/as, pero no la emergencia social. Así mismo, es la propia emergencia sanitaria la situación que descubre la emergencia social, por lo que es imprescindible trabajar de la mano los sanitarios y sociales, para entre todos detectar e intervenir más situaciones de emergencia social. No obstante, se necesitaría primero trabajar la prevención de situaciones generadoras de emergencias sociales y en segundo lugar, trabajar la visibilidad de la emergencia social desde los ciudadanos y los profesionales de la emergencia (SAMU, bomberos, etc.). El SAMUR Social en Madrid trabaja la detección de la emergencia social con los profesionales de la emergencia (SAMUR PC, policía, bomberos, etc.) y además en personal dependiente del Ayuntamiento que trabaja en las calles de Madrid, como son los agentes de movilidad.

A menudo, los ciudadanos no reconocen la situación de emergencia social. Según la entrevista a Pedro, la mayoría de las veces parece como si la situación fuese invisible y es una emergencia sanitaria la que revela la necesidad social y emergencia social. Se necesitaría una educación ciudadana en primera instancia para prevenir las situaciones de vulnerabilidad y desprotección que generan situaciones de emergencia social y además educación a la población para detectar necesidades sociales que generan emergencias, como ocurre en el caso de las emergencias sanitarias donde todos la mayoría de los ciudadanos reconocen una urgencia o incluso una emergencia sanitaria y activan al 112.



Figura 20. La emergencia y visibilidad de necesidades sociales.

En la figura 20 se muestra la categoría “emergencia y visibilidad” y los atributos correspondientes. Se puede constatar que a través de la emergencia sanitaria se descubre la emergencia social y generalmente los ciudadanos/as no son sensibles a estas situaciones. Pedro del SAMUR Social, constata la visibilidad de la emergencia social a través de la sanitaria:

- *Estoy recordando conforme hablo contigo dos abuelillos igual, desnutrición, una situación Kafkiana, una bicicleta estática, que hacían bicicleta estática, váter totalmente atascado, con un deterioro cognitivo importantísimo y dices: Dios mío, cómo se nos escapa esto! (Pedro:2:33).*

Las necesidades sociales se detectan cuando surge la emergencia, cuando se activa al servicio y se desplaza *in situ*, entonces se valora la situación de vulnerabilidad y la necesidad de intervención. Es la propia emergencia la que descubre las necesidades sociales. La entrevista de Pedro hace mención de la detección de las necesidades en la siguiente cita:

- *Trabajar lo preventivo sería lo ideal, nos resulta difícil, con lo cual la detección de esas necesidades, surge y las detectamos cuando el hecho surge, cuando la emergencia surge, cuando la situación de malos tratos nos la comunican desde Comisaría, cuando surgen los acontecimientos es cuando detectamos la necesidad (Pedro:2:28).*

Las emergencias se producen porque surgen necesidades que son responsables de las mismas. Las necesidades sociales son generadoras de emergencias sociales cuando existen situaciones de desprotección, vulnerabilidad o riesgo de exclusión. Un ejemplo sería la necesidad de alojamiento ante un incendio de vivienda que genera una emergencia social de desprotección del ciudadano, que se queda en la calle de manera imprevista y repentina por la emergencia del incendio. En las emergencias sociales se hacen visibles las necesidades sociales, detectadas desde el primer interviniente y competencia del SAMUR Social en Madrid, a través de los trabajadores sociales que se desplazan al lugar de la emergencia. En la intervención de la emergencia social por el SAMUR Social no existen prioridades, solo en el caso de las PSH y en grandes emergencias o catástrofes en donde se realiza un triaje social donde va unida la prioridad a la atención a los más vulnerables dentro de los más vulnerables. A continuación se expone la cita de la entrevista de Pedro del SAMUR Social que lo constata:

*- Establecemos las prioridades de las personas más vulnerables; tenemos una tabla de indicadores y establecemos que una mujer embarazada en calle es una prioridad y asegurarle y garantizarle un recurso de alojamiento a esa persona, pero eso mas desde la parte de PSH; desde la emergencia no tenemos ninguna prioridad, entra la emergencia y gestionamos esa emergencia con independencia de las características o del perfil de quien entre. No hay una prioridad (Pedro:2:47).*

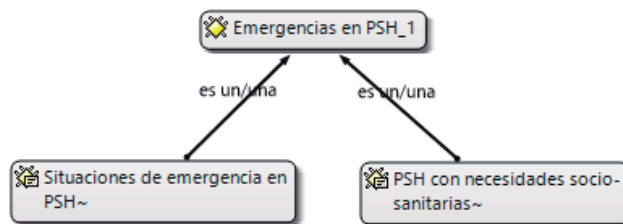


Figura 21. Emergencias en personas sin hogar.

La figura 21 muestra la categoría “emergencias en PSH” y los atributos correspondientes. En relación a los motivos de emergencia social en las PSH se puede

afirmar que son un colectivo vulnerable y que generan emergencias sociales por su situación, ya que no disponen de alojamiento ni cobertura de las ABVD y muchas de las veces presentan enfermedades que requieren cuidados. Las condiciones climatológicas extremas siempre suponen un riesgo para las PSH y son motivo de emergencia social a derivar al SAMUR Social si es detectada la situación por el SAMUR PC. Además de ser un colectivo vulnerable, también presentan riesgo de exclusión y, sobre todo, cuando presentan patologías con deterioro psico-orgánico, favoreciendo emergencias sociales, mostrando mayores necesidades, y además es común carecer de red informal de apoyo familiar. Al mismo tiempo son usuarios con necesidades socio-sanitarias de atención e intervención integral por los Servicios Sociales y Sanitarios. Se constata en la siguiente cita:

*- Las emergencias que se producen con las personas sin hogar que tienen un proceso de deterioro psico-orgánico... (Diego:1:71).*

Las PSH son uno de los colectivos vulnerables que generan emergencias sociales y son detectadas sus necesidades a través de la emergencia sanitaria, necesitando de una intervención por un servicio específico de atención a las emergencias sociales con recursos específicos de respuesta. El SAMUR Social de Madrid tiene una amplia experiencia en atención a las PSH en situación de emergencia, además de disponer de recursos específicos para hacer frente a sus necesidades de supervivencia y cuidados en caso de enfermedad.

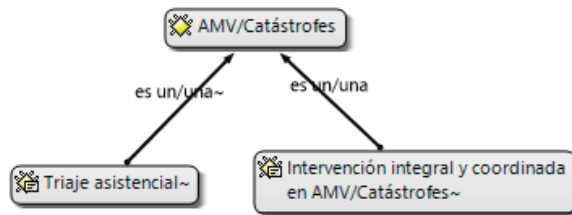


Figura 22. Atención de emergencia en accidentes de múltiples víctimas y catástrofes.

En la figura 22 se muestra la categoría “AMV y catástrofes” y sus atributos correspondientes. Se puede decir que las grandes emergencias y AMV, por la gran cantidad de víctimas y necesidades que generan, necesitan una intervención biopsicosocial de los servicios de emergencias y en estrecha coordinación para ofrecer una intervención de calidad a los ciudadanos. Se constata la necesidad de intervención conjunta por la detección de necesidades biopsicosociales en un escenario de múltiples víctimas o catástrofe por servicios de emergencias. A continuación se exponen situaciones vividas en AMV y catástrofes en Madrid a través de la cita de la entrevista de Carmen del SAMUR PC:

- *El 11 M, el accidente aéreo de Spanair, el atentado que hubo en Barajas, algún incendio grande con víctimas o con muchas personas afectadas...* (Carmen:6:31).

Además, los procedimientos del SAMUR Social en grandes emergencias, como guía de actuación, presentan un triaje asistencial, en forma de priorización de la asistencia, además de que permiten según las necesidades detectadas por el servicio y los recursos disponibles, facilitar la intervención. Se puede decir que los AMV y las catástrofes suponen situaciones generadoras de emergencias sociales por la multitud de necesidades sociales que al parecer se detectan.



Figura 23. Crisis económica y situaciones de emergencias sociales.

La figura 23 muestra la categoría “crisis económica y emergencias sociales” y sus atributos correspondientes. La crisis económica ha generado mayor vulnerabilidad

en los ciudadanos, aumentando las circunstancias responsables de emergencias psicosociales, como son la pérdida del trabajo y la falta de recursos para hacer frente a los pagos, alimentación, alojamiento, higiene, etc., afectando sobre todo a la salud mental de los afectados, al aumentar la desesperanza, frustración, los problemas familiares y de convivencia. La familia es un factor protector ante situaciones de crisis. Pero cuando se alarga la situación problemática, también se alargan los problemas familiares de soporte a las situaciones. Por todo ello, el Estado es un protector de los efectos de la crisis en sus ciudadanos, ya que la prevención es ineludible, la intervención de los efectos es inquebrantable. Podemos decir, según Marina del SAMU, que la crisis económica que nos acecha está generando emergencias psicosociales con necesidad de intervención 24 horas. La siguiente cita lo constata:

*- Yo creo que la crisis económica hemos visto que ha aumentado el número de servicios que hacemos nosotros, hay mucho problema psicológico encubierto; hay mucha gente que se ha quedado sin ningún sustento; todo esto conlleva problemas familiares, que se han tenido que unir familias que no estaban unidas. Quiero decir: ha habido mucha gente en un domicilio, todo eso ha llevado también a problemas de alcoholismo, problemas de convivencias, obviamente el problema económico, falta de alimentación, falta de recursos y todo eso ha llevado a que los problemas psicológicos han aumentado mucho, y han aumentado nuestros avisos en intentos de autolisis, crisis de ansiedad, trastornos ansioso-depresivos. Sí que se ha visto un aumento de este tipo de patologías, que han existido siempre pero ahora han aumentado (Marina:7:32).*

El SAMUR PC manifiesta haber detectado un aumento de emergencias socio-sanitarias desde la crisis económica del 2008, aumentando la vulnerabilidad y generando situaciones de emergencia.

Según Lucía del SAMU, desde el inicio de la crisis económica se percibe un aumento de situaciones de emergencia socio-sanitaria como suicidios, soledad, violencia, etc. La crisis parece haber generado mayor vulnerabilidad frente al afrontamiento de los avatares de la vida, favoreciendo situaciones de emergencia sujetas a valoración e intervención biopsicosocial. Así mismo, Violeta del SAMUR PC, comenta que su servicio detecta una serie de necesidades sociales de higiene,

alimentación, insalubridad de domicilio, carencia de medios económicos, etc., que han crecido desde la crisis económica, aumentando el riesgo de que se produzca la emergencia social. La entrevista a Diego del SAMUR Social muestra cómo la crisis económica afecta a la vulnerabilidad de los ciudadanos. La crisis económica parece haber afectado a las respuestas y recursos que ofrecen los Servicios Sociales a los colectivos vulnerables con problemática socio-sanitaria, generando nuevas emergencias. A continuación se expone la cita:

*- Esta reducción de recursos hace que esas personas con riesgo de episodios de brotes periódicos se puedan repetir más porque las posibilidades de mantenerse en tratamiento y estar adheridos a procesos de tratamiento estable son menores. Entonces, la crisis lo que nos está afectando es a la falta de recursos de salida de usuarios y que personas que estaban en la red ahora pueden estar mas vulnerables (Diego:1:37).*

Finalmente, Pedro del SAMUR Social ofrece una visión de la crisis económica, afectando a los desahucios y desalojos, aumentando la vulnerabilidad de las personas que lo sufren si no pueden hacer frente a sus necesidades. Según el criterio del entrevistado la crisis económica es una de las situaciones generadoras de emergencias sociales.

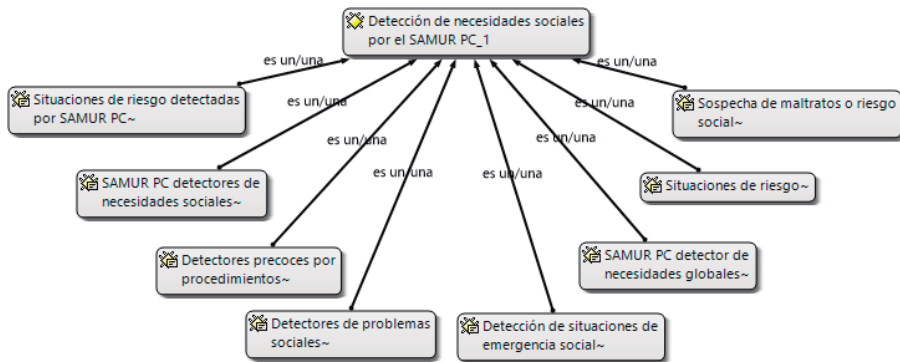


Figura 24. Detección de necesidades sociales por el SAMUR PC de Madrid.



Con respecto a quiénes detectan las necesidades sociales, en la figura 24 se muestra la categoría “detección de las necesidades sociales por el SAMUR PC” y los atributos correspondientes. El SAMUR PC son unos detectores de prestigio en casos sociales, ya que trabajan en la calle y están instruidos sobre cómo valorar situaciones socio-sanitarias de riesgo o emergencias sociales. Además, detecta muchos casos de niños en riesgo y de personas mayores sin ningún tipo de apoyo, siendo ambos colectivos vulnerables de generar emergencias sociales si carecen de apoyo de red primaria como la familia o no tienen recursos para afrontar las necesidades básicas. Violeta a través de su entrevista lo constata en la siguiente cita:

*- Luego vimos a las personas mayores, las personas mayores en Madrid. Hay muchísimas personas mayores sin ningún tipo de apoyo social porque no han sido detectadas; el problema nuestro es que trabajamos esencialmente en la calle, entonces detectamos del orden de ciento cuarenta casos de niños de riesgo, de media más o menos; de ancianos, en torno a cien, pero no vamos a domicilios, los servicios que van a domicilios ya tendría que ser muchísimo más (Violeta:5:14).*

El SAMUR PC actúa como un agente importante de valoración detectando situaciones de emergencia social a través de las emergencias sanitarias. Así mismo, trabaja en los domicilios junto al resto de personal de la emergencia, como policía y bomberos, en aquellas emergencias en las que no se abra la puerta y se tenga que hacer una apertura forzosa. Violeta lo constata en la siguiente cita:

*- Consideramos que nosotros somos detectores privilegiados de los problemas sociales porque nos presentamos de manera imprevista en domicilios; aunque he dicho que no trabajamos en domicilios, sí trabajamos, cuando van bomberos y policía, que suele ser fruto de emergencias sociales, por ejemplo: Una persona que se ha caído y no se puede levantar y los bomberos tienen que abrir la puerta, nosotros nos presentamos ahí de forma imprevista; o vamos a atender a un padre que está intoxicado y hay un bebe, la emergencia viene por el padre, pero hay un problema social grave y es que está con un bebe en un parque a las dos de la mañana, y también damos respuesta a eso (Violeta:5:4).*

Si el SAMUR PC detecta domicilios insalubres, con higiene deficiente, una mala gestión de recursos económicos, sospecha de maltrato, etc., notifica la situación en su parte de asistencia de emergencia para que haya un seguimiento por parte de los

Servicios Sociales, ofreciendo protección e impidiendo que se extravíe el caso social detectado. Violeta lo refleja en la siguiente cita:

*- Entonces, el equipo sanitario a parte del informe sanitario rellena este documento en el que vienen los datos del menor o del anciano, de los padres o tutores, circunstancias del caso .... domicilio insalubre, dos menores con higiene deficiente, la madre recibe agresiones del padre delante de los menores, ..... Esto unido a una hoja de notificación de maltrato que se manda a la Comunidad de Madrid, eso ya es para el registro de la Comunidad de Madrid (Violeta:5:32).*

El SAMUR PC está instruido por el SAMUR Social sobre cómo detectar situaciones sociales sujetas a intervención conjunta. Además, el SAMUR PC dispone de procedimientos socio-sanitarios ante colectivos vulnerables: ancianos, menores, etc., previamente establecidos y todos sus profesionales disponen de ellos en caso de detectar un menor o un mayor en riesgo, haciendo una intervención socio-sanitaria y protegiendo al ciudadano/a en su triple vertiente biopsicosocial. Así mismo, si detecta situaciones de riesgo de malos tratos en niños o en personas mayores siempre lo notifica en un documento adjunto a su parte asistencial de emergencia.

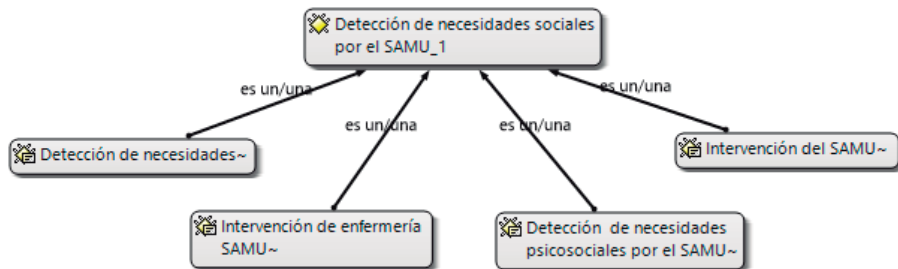


Figura 25. Detección de necesidades sociales por el SAMU de Valencia.

En la figura 25 se muestra la categoría “detección de las necesidades sociales por el SAMU” y los atributos correspondientes. El SAMU recibe los avisos de emergencia desde su centro coordinador CICU, quien a su vez recibe los avisos sanitarios del 112. El SAMU a través de sus emergencias sanitarias detecta necesidades sociales sujetas a valoración e intervención por un servicio específico de atención a las emergencias

sociales, como es el SAUS. Una de las necesidades detectadas por el SAMU es la de acompañamiento a personas dependientes que se han quedado solas por la emergencia médica y requieren cuidados. Marina lo constata en la siguiente cita:

*- Pues por ejemplo en avisos. Tres personas ancianas que vivían solas (dos con Alzheimer), y una de ellas necesitaba asistencia hospitalaria sanitaria. Estaban cuidados por un sobrino que en ese momento estaba desaparecido. La persona enferma necesitaba ser trasladada al hospital y en el domicilio quedaban dos personas de ochenta y pico años cada una con demencia, que no podían ni vivir solas, ni estar solas; estaban mal alimentadas ya, mal cuidadas. Pero eso no era la emergencia porque venía de tiempo; en ese momento esas personas no podían quedarse solas porque eran personas inhábiles, personas que no podían servirse de ellas para nada (Marina:7:12).*

La enfermera del equipo SAMU realiza cuidados de enfermería específicos en emergencias extrahospitalarias y entre sus funciones además de la intervención *in situ* de la emergencia médica está la valoración de necesidades sanitarias y psicosociales. Además, el SAMU es activado en múltiples ocasiones detectando necesidades psicosociales de emergencia y requiriendo un servicio específico social. Sería necesario establecer unos motivos de activación para optimizar los recursos de intervención. Lucía lo constata en la siguiente cita:

*- Es muy triste, y muchas veces no es el suicidio, es el intento. Tendrá que tener alguien con quien hablar, dónde va, qué se paga un psicólogo, ¡teniendo la sanidad psicólogos!, y tiene que ir luego un médico a su casa, no puede ir un psicólogo. Y ahora estamos con el tema de los desalojos de los desahucios, ¿te crees que en un desahucio no hay momentos en que alguien tiene que atender a esa persona?, Qué pasa, que porque no se ha roto una pierna, ¿no va un SAMU?, es que no tiene que ir un SAMU, tiene que ir un psicólogo para atender a esa gente, directamente (Lucía:8:51).*



Figura 26. Primeros detectores de necesidades sociales.

En la figura 26 se muestra la categoría “primeros detectores de necesidades sociales” y los atributos correspondientes. Una gran casuística de necesidades sociales son detectadas a través de la emergencia por el primer respondiente en la ciudad de Madrid (SAMUR PC, SUMMA- 112, policía, etc.), incluso juzgados y hospitales, de ahí la importancia del trabajo conjunto socio-sanitario entre los profesionales de la emergencia. La entrevista de Pedro lo constata en la siguiente cita:

*- Quien fundamentalmente detecta esas primeras situaciones son los de primer nivel, entendiendo por primer nivel: policía, bomberos y SAMUR PC. Luego también hay otros servicios que hacen una labor de detección importante como: Juzgados, hospitales que también tienen o se les presenta una situación, detectan una necesidad que no está cubierta y que a todos se nos había pasado, con lo cual yo diría que en la mayoría de los casos son los de primer nivel, y luego nosotros con otros servicios (Pedro:2:31).*

Los primeros grupos de acción de la emergencia, es decir, los primeros profesionales que atienden en primera instancia la emergencia, ya sea SAMUR PC, policía, bomberos, etc., son los que detectan las necesidades sociales y situaciones de desprotección y vulnerabilidad. A veces es el SAMUR Social que es activado en primera instancia y es el que valora la necesidad social. Sea quien sea el que detecte la necesidad social de emergencia, la competencia de intervención es del SAMUR Social, requiriendo un trabajo conjunto y derivación por parte del servicio que haya detectado la necesidad en primera instancia. Pedro lo constata en la siguiente cita:

*- Para nosotros como servicio de emergencias, quien detecta son los primeros respondientes, bomberos, policía, SAMUR PC, y nosotros muchas veces nos convertimos en el primer respondiente en las situaciones de emergencia colectiva o individual (Pedro:2:30).*

El equipo SAUS de guardia en Valencia es el que detecta las necesidades sociales *in situ* pero previamente siempre consulta una aplicación informática llamada SIUSS a través de la cual identifica al usuario con sus datos personales. Se puede tener información si ha sido atendido por los Servicios Sociales, facilitando la valoración al

equipo de guardia. La policía local y el CMSS son los que suelen derivar casos sociales al SAUS.

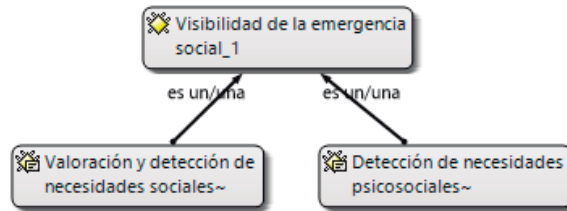


Figura 27. Visibilidad de la emergencia social.

En la figura 27 se muestra la categoría “visibilidad de la emergencia social” y los atributos correspondientes. Los procedimientos de actuación conjunta del SAMUR Social y los agentes de movilidad, ayudan a hacer visible la emergencia social, detectando necesidades sociales en la calle y activando al servicio. Diego lo constata en la siguiente cita:

*- Claro, ellos están en la calle. Al estar en la calle están como nosotros, por tanto, pueden detectar situaciones que yo no llevo. Entonces, a nosotros nos parece muy importante que ellos que están en la calle nos aporten información y nos activen, por lo tanto... (Diego:1:14).*

El SAMUR PC dispone de intervención en valoración del riesgo de maltrato infantil y de mayores y de ideación suicida. Cuando detecta cualquiera de las situaciones citadas, lo comunica a sus superiores y hace un registro de valoración del riesgo en el parte de intervención a través de un anexo. Toda sospecha es notificada por los profesionales del SAMUR PC. Carmen lo constata en la siguiente cita:

*- Tenemos el tema de maltrato infantil, tenemos el tema de maltrato de mayores y luego pacientes psiquiátricos, gente con ideación autolítica, en esos casos, nuestra labor va a ser puramente de evaluación, de cómo está el niño a todos los niveles, desde la parte funcional con un maltrato a un mayor exactamente igual, esa parte, la parte física y emocional (Carmen:6:6).*

El psicólogo de guardia del SAMUR PC (ROMEO) valora en sus intervenciones si existen necesidades sociales a derivar al SAMUR Social o si ellos mismos pueden ponerse en contacto con familiares del paciente si tiene una necesidad de acompañamiento por su situación socio-sanitaria, visibilizando las necesidades sociales *in situ*.

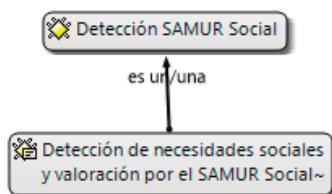


Figura 28. Detección por el SAMUR Social de necesidades sociales.

En la figura 28 se muestra la categoría “detección del SAMUR Social de necesidades sociales” y los atributos correspondientes. El SAMUR Social como realiza una detección de necesidades sociales como primer paso, utilizando la observación y la entrevista al usuario o a los propios profesionales que le han derivado el caso. Ayuda al profesional del SAMUR Social a hacer un diagnóstico de necesidad como símil a las emergencias sanitarias o médicas. Después de la activación del servicio, la detección de necesidades es el paso más importante, de ello depende la intervención y la respuesta que se le ofrece al ciudadano.

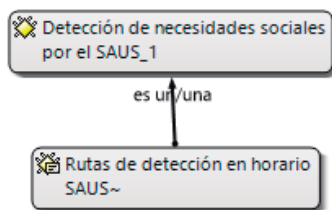


Figura 29. Detección de necesidades sociales por el SAUS.

En la figura 29 se muestra la categoría “detección de necesidades sociales por el SAUS” y los atributos correspondientes. El equipo de guardia del SAUS se desplaza con la unidad móvil al lugar de la demanda (emergencia social) y allí a valora las necesidades sociales. Si no hay emergencias sociales, el equipo hace rutas a pie durante el mismo horario de guardia para detectar posibles necesidades sociales en la calle. Guillermo lo constata en la siguiente cita:

- Sí, si ellos van con la unidad móvil van haciendo rutas y en determinados lugares dejan la unidad móvil aparcada y se desplazan a pie porque eso facilita la detección de posibles casos de emergencia en determinadas zonas de Valencia (Guillermo:4:11).

La siguiente pregunta de investigación era: *¿qué colectivos son más vulnerables y presentan mayor riesgo de exclusión favoreciendo las emergencias sociales?*

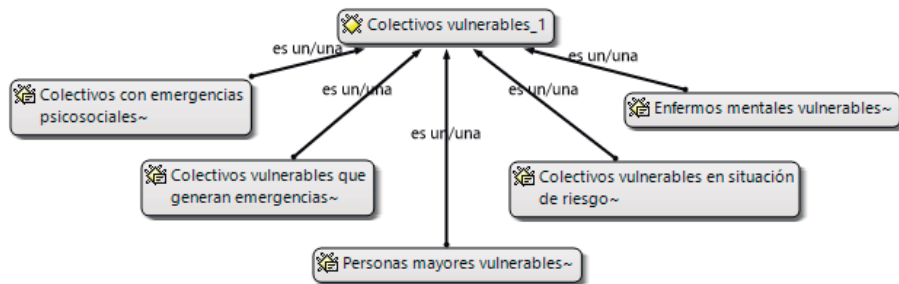


Figura 30. Colectivos vulnerables.

En la figura 30 se muestra la categoría “colectivos vulnerables” y los atributos correspondientes. Las situaciones detectadas por el SAMUR PC que con mayor frecuencia requieren la intervención del SAMUR Social son las PSH, los menores y mayores vulnerables por su situación socio-sanitaria, personas sin recursos que sufren una emergencia y en grandes emergencias y AMV. Las personas mayores en situación de maltrato o un menor con necesidades sociales, son colectivos de riesgo y vulnerables de generar emergencias. El SAMU detecta necesidades sociales en personas mayores vulnerables que generan emergencias, en aquellos casos que no existe una familia o un

cuidador principal o por falta de recursos. En estos casos es necesaria una intervención social por un servicio de emergencias sociales como el SAUS. Marina lo constata en la siguiente cita:

*- Eran totalmente dependientes y, a su vez, una persona que también era anciana pero era la que les podía llevar... había una situación de soledad y de dependencia importantísima. Una vulnerabilidad importante (Marina:7:13).*

Cuando el SAMUR PC detecta las situaciones de riesgo, lo notifica a los Servicios Sociales para que hagan un seguimiento y en caso de emergencia social, activan al SAMUR Social. Siempre se da una respuesta socio-sanitaria por parte del SAMUR PC. Así mismo, las personas con enfermedad mental que carecen de cuidadores y familia y que además viven solos, suelen ser reincidentes en generar emergencias, por su situación de vulnerabilidad. Carmen lo constata en la siguiente cita:

*- Claro que la tiene, sabes el problema de esos pacientes, que se va a tener que volver a repetir (Carmen:6:21).*

Dentro de los colectivos vulnerables también descubrimos a las mujeres, personas en situación de dependencia, inmigrantes que carecen de redes de apoyo como la familia presentando mayor vulnerabilidad y situaciones que pueden llegar a desenmascarar necesidades sociales subsidiarias de generar en un momento dado una emergencia social. Existen colectivos vulnerables que generan demandas al SAMUR Social de necesidades sociales sujetas a intervención de emergencia; generalmente aquellas personas que tienen una red familiar de apoyo débil. Diego lo constata en la siguiente cita:

*- Mujeres, menores, personas con dependencia, mayores, inmigrantes, es decir, no descubro nada, las categorías o cuáles serían aquellos grupos sociales que tienen menos capacidad espontánea de proximidad, de proximidad, familiar o social (Diego:1:31).*

El SAUS atiende en sus activaciones a colectivos vulnerables, como a víctimas de violencia de género, personas en tránsito (turistas sin familia en la ciudad, que se



queda en la calle y no puede comprar ni comida y no pueden volver a su ciudad de origen por falta de dinero), personas en situación de dependencia, personas con demencia o Alzheimer y personas con problemas socio-sanitarios. Estos colectivos vulnerables son los que originan mayor número de activaciones al SAUS.

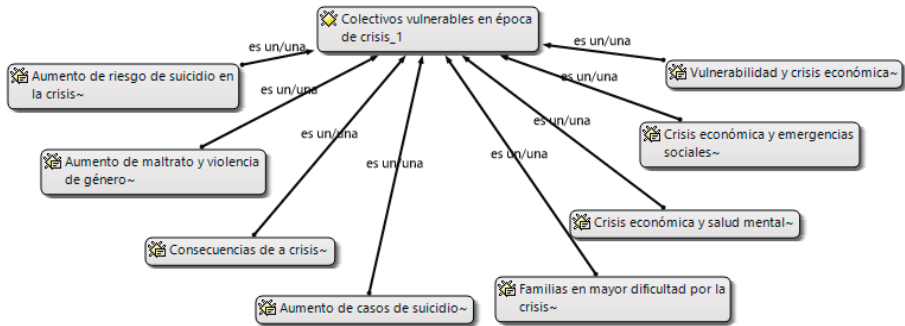


Figura 31. Colectivos vulnerables en época de crisis.

En la figura 31 se muestra la categoría “colectivos vulnerables en época de crisis” y los atributos correspondientes. Según Diego, las políticas de ajuste por la crisis económica que estamos viviendo, afectan al recorte de recursos que dan respuesta a los colectivos más vulnerables. Cuando estos usuarios se encuentran en situación de emergencia social por las necesidades sociales que presentan, no existen recursos de respuesta, lo que genera situaciones de mayor vulnerabilidad. Se constata en la siguiente cita:

*- Lo que produce la crisis es que al haber un recorte de presupuesto, al haber menos recursos, pues a lo mejor te llegan situaciones que antes estaban atendidas o tratadas en otros recurso. Por ejemplo, como se ha producido una reducción importante en el ámbito de la atención a la drogodependencia o a la salud mental, el recurso de acogida, pues situaciones que antes se canalizaban en la red de salud mental y se estabilizaban, ahora están en una situación de mayor riesgo. Entonces, digamos, que las políticas de ajuste, las políticas de reducción de gasto, las políticas de reducción de servicios lo que afectan es a incrementar la vulnerabilidad a personas que estaban en esas redes, y el ejemplo más claro es salud mental y adicciones. Un ejemplo concreto es si un enfermo mental, antes contábamos con dispositivos residenciales de alojamiento de apoyo al proceso de intervención y antes tenía una crisis aguda se*

*ingresaba en un hospital, se le compensaba, se le daba de alta, pasaba a un piso y ahí se estabilizaba. Si ahora mismo no contamos con esos recursos, con ese piso, con un acompañamiento socio-sanitario, esa persona cuando acaba la urgencia hospitalaria otra vez vuelve a estar en situación de vulnerabilidad y de riesgo de volver a producir otro episodio dentro de un periodo de tiempo (Diego:1:36).*

En los últimos años, como consecuencia de los efectos de la crisis económica, están apareciendo colectivos vulnerables y en riesgo de exclusión, no pudiendo afrontar los pagos económicos. Según Pedro, la crisis económica afecta a ciertos colectivos vulnerables, entre ellos a las PSH pero ciertos fenómenos que han ido variando en el tiempo, como colectivos de rumanos en grupos y en la calle. El SAUS no ha detectado un mayor número de casos sociales atendidos en emergencias, pero sí que considera que la crisis afecta generando mayor vulnerabilidad a los ciudadanos y sobre todo a las familias.

Los profesionales del SAMU han detectado un aumento de casos de suicidios y de intentos e ideas suicidas, por lo que ante tales emergencias socio-sanitarias y con necesidades de atención psicológica *in situ*, necesitarían de una intervención conjunta y en coordinación con un servicio de intervención psicosocial de emergencia. El SAMUR PC de Madrid dispone de psicólogo de guardia 24 horas y con amplia experiencia. Además, la situación de crisis económica ha generado un aumento de colectivos vulnerables favoreciendo emergencias psicosociales como crisis de ansiedad graves, incrementado las activaciones del SAMU. Según Lucía, el SAUS sería el servicio más idóneo para atender este tipo de emergencias por las competencias de sus profesionales y sus funciones de intervención en crisis desplazándose al lugar de la emergencia. Se constata en la siguiente cita:

*- Muchísimo. Al SAMU, cuando la mayoría de los que han aumentado no son... ¿cómo lo diría? Atención sanitaria. Yo también le llamo sanitaria a una crisis de ansiedad, pero no es tal. Los intentos de suicidio, las depresiones, las crisis de ansiedad, que no se fingen, han aumentado muchísimo, muchísimo. Antes ibas a una empresa a alguien porque se había caído el trabajador; ahora vas porque ha perdido el conocimiento. La gente, tiene una crisis de ansiedad porque se queda sin trabajo, y los suicidios han subido, han aumentado muchísimo. Yo no he ido a mas suicidios en mi vida (Lucía:8:50).*

El SAMUR PC percibe un aumento considerable de riesgo de suicidio desde la crisis económica. El servicio dispone de un procedimiento de intervención de riesgo suicida por el psicólogo de guardia. Según la psicóloga de guardia, Carmen, la crisis económica afecta a la salud mental. ROMEO ha detectado un aumento de emergencias psicológicas como consecuencia de la problemática económica. Además, el SAMUR PC detecta una serie de necesidades sociales de higiene, alimentación, insalubridad de domicilio, carencia de medios económicos, etc. Que van en aumento desde la crisis. Según Pedro, la crisis económica genera desahucios y desalojos aumentando la vulnerabilidad de las personas que lo sufren si no pueden hacer frente a sus necesidades. Según el SAMUR Social, la prevención es un gran vacío en los Servicios Sociales y si la hubiese se reducirían casos sociales de emergencia.

Para finalizar, la crisis económica según Violeta, ha hecho que los ciudadanos sean más vulnerables a las emergencias. El SAMUR PC detecta un aumento de notificaciones en situaciones de riesgo de maltrato infantil y de violencia de género desde que la crisis económica empezó en 2008.

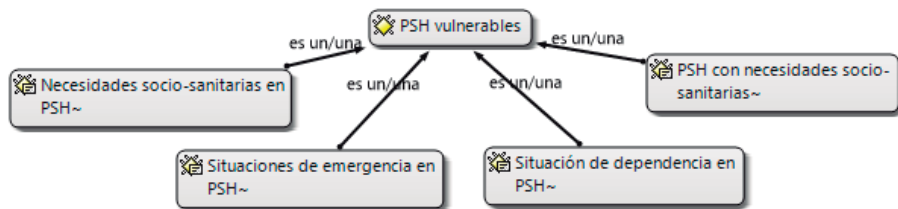


Figura 32. PSH vulnerables.

En la figura 32 se muestra la categoría “PSH vulnerables” y los atributos correspondientes. Según Pedro, las PSH presentan una problemática socio-sanitaria haciéndoles más vulnerables. La siguiente cita lo constata:

- *Personas que están en situación de calle, que están en una situación de exclusión y que no tienen ni esa atención ni ese seguimiento que deberían* (Pedro:2:41).

Según Diego, las PSH son un colectivo vulnerable y en riesgo de exclusión, favoreciendo emergencias sociales al presentar mayores necesidades. Según Violeta, las PSH suelen generar emergencias sociales por sus necesidades, ya que no disponen de alojamiento ni de cobertura de las ABVD y muchas de las veces presentan enfermedades que requieren un cuidado. Las condiciones climatológicas extremas siempre suponen un riesgo y son motivo de emergencia social. Según Laura, las PSH son un colectivo muy vulnerable que genera muchas emergencias sociales por sus necesidades, requiriendo, además del CAST en Valencia, recursos específicos de alojamiento e intervención biopsicosocial integral. Muchos de ellos son personas con problemas sanitarios crónicos y problemas de salud mental muchos de ellos, además de problemas de adicciones, en algunos casos. Laura lo constata en la siguiente cita:

*- Hay un grupo muy significativo y son las PSH que entran en una situación de urgencia. Las PSH, por definición, son muy vulnerables a muchas circunstancias: su red es frágil, su capacidad de reacción frente urgencias o imprevistos es débil y limitada; entonces, este es un colectivo muy importante con el que intervenimos también porque nosotros somos colaboradores durante la campaña del frío que corresponde al CAST pero puesto que nosotros estamos en la calle colaboramos con ellos, y realmente las PSH que por sus circunstancias de vivir en la calle se encuentran en una situación de urgencia es un grupo numeroso (Laura:3:23).*

Según Lucía, las PSH son uno de los colectivos vulnerables cuyas necesidades son detectadas a través de la emergencia sanitaria, necesitando de una intervención por un servicio específico de atención a las emergencias sociales con recursos específicos de respuesta. El SAMUR Social de Madrid tiene una amplia experiencia en atención a las PSH en situación de emergencia, además de disponer de recursos específicos para hacer frente a sus necesidades de supervivencia y cuidados en caso de enfermedad. El SAMU parece ser un excelente detector de necesidades sociales en los colectivos más vulnerables. Marina lo constata en la siguiente cita:

*- Las patologías son básicamente las que hemos descrito anteriormente: PSH, a parte yo de lo que he hablado son de domicilios y de problemas en la calle tipo precipitados o atropellos, pero también hay*

*muchos problemas de PSH con enfermedades sanitarias, crónicos que viven en la calle y que necesitan de una ayuda para poder tratar sus patologías médicas y psicológicas porque muchas enfermedades son enfermedades psiquiátricas que están en la calle y que son emergencias sociales importantes y básicamente ahí es donde tenemos nosotros el 90 % de... (Marina:7:17).*

Para finalizar, se puede decir que la situación de dependencia también la sufren las PSH, por presentar una mayor vulnerabilidad, problemas psico-órganicos de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades mentales, problemas de Alzheimer o demencias.

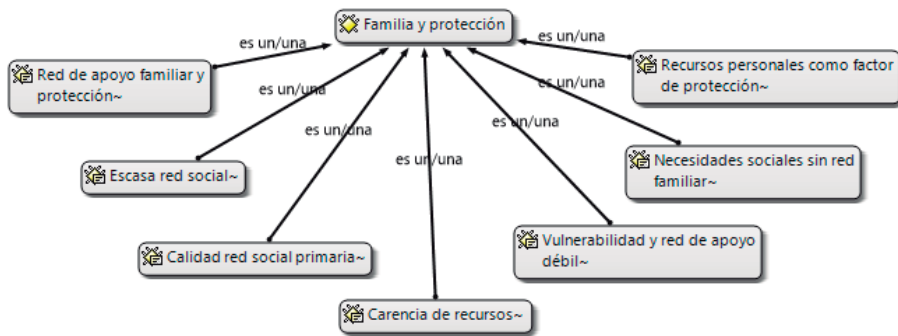


Figura 33. Familia y protección frente a necesidades sociales.

En la figura 33 se muestra la categoría “familia y protección” frente a necesidades sociales y los atributos correspondientes. Según Guillermo, la red social y familiar son núcleos protectores frente a necesidades sociales, por lo que parece ser que unas buenas relaciones de calidad suponen una protección ante las emergencias sociales. Así mismo, las redes de apoyo como la familia, según Diego, protegen a sus miembros frente a necesidades. Cuando se carece de la familia, la persona se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad frente al resto de personas. Los inmigrantes están en desventaja ya que muchas de las veces la familia está en su país de origen. Las personas que carecen de familia o la tienen pero con un vínculo débil, las personas mayores con problemas de enfermedades o dependencia, los niños por su inmadurez, suponen colectivos más vulnerables de sufrir emergencias sociales. Según Pedro, la crisis lo que ha generado es que las personas que no tienen recursos económicos para hacer frente a

los pagos, se apoyen en la familia, si es que la tienen. En aquellos que sí que tienen una familia dispuesta a ayudar se amortiguará la situación de desprotección y vulnerabilidad. La familia debe de ser lo suficientemente solvente para proteger, pues si no, acusará deficiencias aún mayores, como es el caso de inmigrantes que viven en la misma vivienda todos pero que no pueden comer por falta de recursos económicos suficientes.

Según Guillermo, los colectivos con escasa red social de apoyo, supone una vulnerabilidad. Como hemos dicho, entre los más vulnerables, están las personas con enfermedad mental, personas con discapacidad, personas en situación de dependencia, malos tratos y violencia de género, las PSH y en tránsito por la ciudad de Valencia. En definitiva, aquellos cuya red social es más escasa. Lo constata la siguiente cita:

*- Obviamente tiene más calidad la red social primaria, la familia. Es mas fácil que si a ti te ocurre una emergencia que tu familia se haga cargo que un vecino, pero depende de la calidad de la relación que hayas establecido con esa persona (Guillermo:4:32).*

Las personas que carecen de familia y de recursos personales para resolver los problemas que les van surgiendo, además de carencias sociales y escasez de medios económicos suponen factores de riesgo de generar emergencias sociales, incluida la crisis económica que puede agudizar estas situaciones de carencia de medios o no poder afrontarlos con suficiente solvencia. Pedro lo constata en la siguiente cita:

*- Fundamentalmente los más vulnerables son personas mayores en situación de soledad, podíamos decir luego también que otro perfil es mujer inmigrante familia monoparental, son situaciones de vulnerabilidad sobre todo ahora también con momento de crisis pues se agudiza un poco más. Tenemos muchas situaciones de estos casos: mujeres con hijos solas que comparten habitación, perdida de todo tipo de ingresos económicos, no tienen una red de apoyos que les permita sostener la situación, y hay una situación ahora mismo de importante vulnerabilidad. Yo te diría que esos son los dos colectivos mayores; el perfil de mujer inmigrante con menor a cargo sola, serían los más (Pedro:2:36).*

La siguiente pregunta de investigación era: *¿cómo interviene el SAUS ante las emergencias sociales en Valencia?*

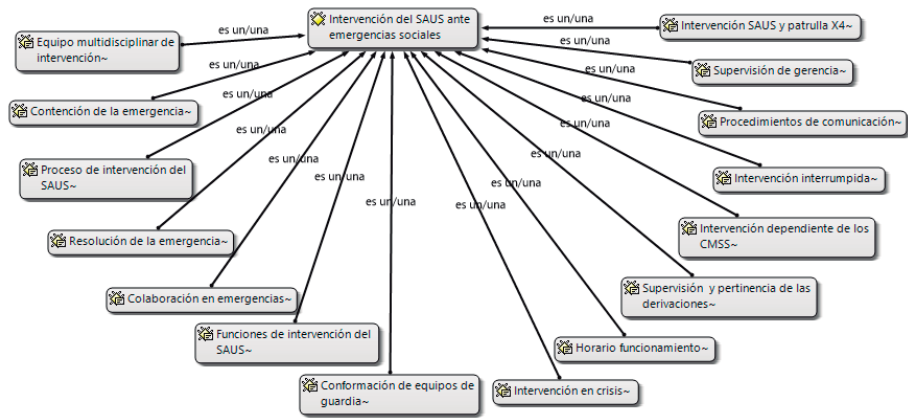


Figura 34. Intervención del SAUS ante las emergencias sociales en Valencia.

En la figura 34 se muestra la categoría “intervención del SAUS en la ciudad de Valencia ante las emergencias sociales” y los atributos correspondientes. El horario de atención a las emergencias sociales en Valencia es interrumpido de lunes a viernes. El horario de 24 horas es los fines de semana y festivos. El SAUS es un servicio de colaboración en grandes emergencias. Sólo puede ser activado por la policía local a través de sus intendentes, decidiendo si es pertinente la activación del servicio. También los Servicios Sociales pueden activar al servicio. El resto de intervinientes de la emergencia (SAMU, bomberos, etc.) si detectan una emergencia social, deben llamar a la policía local a través de sus centros coordinadores y que les intercomunicuen con el intendente, debiendo informar de las necesidades sociales detectadas. Según Guillermo, para que el SAUS fuese eficiente debía activarse a través del 112 interviniendo las 24 horas.

Después de valorar las necesidades sociales de la emergencia social, el SAUS deriva el caso a los Servicios Sociales generales (CMSS) o especializados (CAST, etc.),

por lo que hacen de detectores y ofrecen una primera respuesta de contención, derivando la intervención con respuesta a los servicios competentes. Guillermo lo constata en la siguiente cita:

*- Porque así nos permite una mejor valoración del caso; a partir de ahí, tratamos de aplicar procedimientos específicos que puedan corresponder a la necesidad por la cual se nos ha activado o aquellas necesidades que detectamos cuando hacemos la valoración. Cuando hemos terminado la actuación, por lo general se hace un expediente, una información, pero si se ha actuado se hace un expediente y ese expediente se remite al centro municipal de referencia, un centro de Servicios Sociales generales o bien especializados como puede ser el CAST de PSH o el ESPAI CAI con personas inmigrantes. Se aplican procedimientos de comunicación con los centros municipales o incluso de coordinación por si hay que hacer un seguimiento al día siguiente del caso o alguna reunión, toda la información está en una base de datos y ahí termina de alguna manera la actuación y la respuesta a lo que es la urgencia (Guillermo:4:3).*

El SAUS no dispone de recursos propios para hacer frente a la emergencia. Realiza la contención de las situaciones de emergencia social y situaciones de crisis por parte de los profesionales. El equipo es multidisciplinar, con las mismas funciones cada uno de los miembros, independientemente de que sean trabajadores sociales, psicólogos o técnicos. El servicio no dispone de plazas de emergencia de alojamiento.

Según Laura, el SAUS es un servicio que depende directamente del Ayuntamiento de Valencia y dispone de una persona funcionaria que se encarga de la supervisión. La gestión del servicio está subcontratada a una empresa externa: RAIS Fundación, con una figura de coordinador y el resto son profesionales de guardia que intervienen en la emergencia social. Entre los perfiles profesionales se encuentra el de trabajador social, el técnico en integración y psicólogos. Los tres profesionales son los responsables de la intervención ante las emergencias sociales. Cuando se activa el servicio, la unidad móvil se desplaza con dos profesionales independientemente del perfil. Valoran las necesidades y dan respuesta a las mismas derivando siempre al CMSS. Además, la patrulla X4 de la policía local es un equipo que trabaja apoyando al SAUS durante la campaña de frío con las PSH. Se constata en la siguiente cita:



- Hay una persona coordinadora del servicio, además de un responsable municipal que se ha incorporado recientemente. Se organizan turnos de trabajo, de forma que hay parejas en los diferentes turnos: hay una planificación a lo largo de un periodo de tiempo bastante amplio, y esas parejas suelen estar formadas por las figuras profesionales, trabajadores sociales, técnicos de integración o el psicólogo que también es una de las figuras. Ante la activación del servicio, la pareja se pone en marcha y se moviliza. Hay otras actuaciones que tienen que ver con las rutas que también son planificadas y si no hay activaciones, se diseñan una serie de rutas por la ciudad y luego hay un trabajo de equipo. Todos los lunes por la tarde hay una reunión de equipo donde se trabajan las distintas materias, donde se plantean los casos en los que se ha intervenido, dudas, mejoras del servicio, instrucciones a seguir, eso semanalmente (Laura:3:2).

El SAUS detecta las emergencias sociales que activan al servicio como demandas derivadas de la policía local o de los CMSS. También hacen rutas a pie para detectar posibles situaciones de necesidad social. Según Guillermo, es necesario un buen plan de marketing hacia el resto de profesionales de la emergencia para hacer visible la emergencia social; si bien, el exceso de emergencias colapsaría el servicio al disponer de pocos efectivos ya que sólo hay un equipo de guardia por turno de trabajo.

El SAUS generalmente suele resolver la emergencia social en unas horas porque sus competencias son limitadas, derivando siempre a los Servicios Sociales. Es el CMSS el responsable de la intervención del caso social. La supervisión por parte de la figura funcional supone revisar todas las intervenciones y valorar si es pertinente la derivación de la emergencia social a los CMSS para dar continuidad. El gerente del SAUS forma parte de la empresa RAIS Fundación. Su labor principal es la de supervisar que se cumpla el contrato con el Ayuntamiento de Valencia y la parte de RRHH. No realiza gestión de funcionamiento técnico del servicio.

La intervención del SAUS, según Laura, está afectada por el desconocimiento e invisibilidad del servicio a los ciudadanos y a muchos profesionales de la emergencia (policía, bomberos, SAMU, etc.) que aún no lo conocen, por lo que afecta negativamente a las activaciones ante situaciones de necesidades sociales que requieran

la intervención del SAUS. Se necesita una labor de difusión para el conocimiento del servicio, sus funciones y motivos de activación. El SAUS realiza hace una labor de intervención psicosocial al afectado o afectados ante las emergencias sociales muy importante. Se constata en la siguiente cita:

- Por ejemplo, nos están activando y vemos que es adecuado en caso de accidentes con fallecimientos. Comunicar la noticia de un fallecimiento inesperado es una situación muy dura, entonces, bueno pues el equipo está preparado para eso. Tiene una buena acogida, trabajan mucho la empatía, el apoyo en crisis y nos están activando por eso, pero claro luego ves cosas que dices, aquí no nos han llamado y podíamos haber hecho cosas, entonces, es un punto débil, no estar en momentos que sería adecuado estar, y como tercero, pues en general, la poca visibilidad en el conjunto de la población. Quizás ahí habría que hacer algún tipo de plan de difusión porque hasta ahora sólo nos conoce el que desgraciadamente se ha encontrado con una situación crítica y que además nos ha activado, pero el conjunto de ciudadanos desconoce que existimos y además así nos lo manifiestan. A veces cuando intervenimos nos dicen "No nos podíamos imaginar que el Ayuntamiento tuviera esto" Lo tiene. Es verdad que la gente no lo conoce, y eso es algo a mejorar (Laura:3:60).

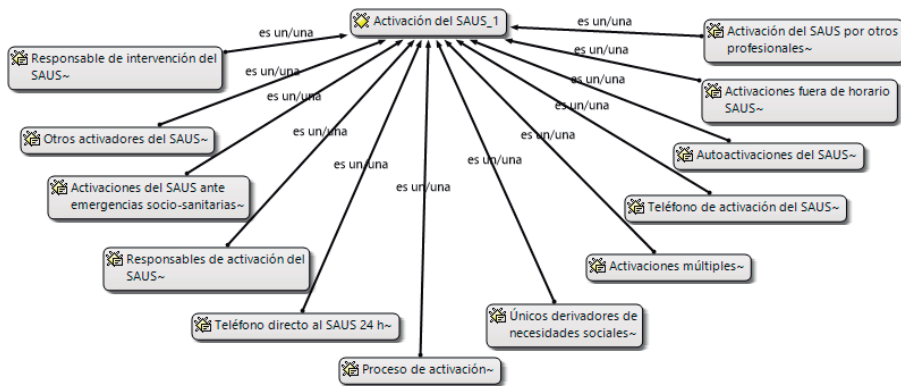


Figura 35. Activación del SAUS ante la detección de emergencias sociales.

En la figura 35 se muestra la categoría “activación del SAUS en la ciudad de Valencia ante las emergencias sociales” y los atributos correspondientes. La policía local es quien tiene la competencia de activar al SAUS. Guillermo lo constata en la siguiente cita:

- *El que quiera activa al SAUS en estos momentos, lo que debe hacer es ponerse en contacto con la policía local. Entonces, es la policía local quien determina si frente a ese acontecimiento es necesaria su presencia, su actuación o si es necesaria la presencia y la actuación del servicio o la combinación de ambas. Entonces, llamando al teléfono de la policía local. También se dan casos que un ciudadano activa cualquier servicio de emergencias; este servicio de emergencia activa la policía, y finalmente la policía local es quien determina la presencia del servicio (Guillermo: 4:9).*

Los intendentes de los diferentes distritos de la policía local son los responsables directos de la activación del SAUS valorando la pertinencia de activación ante la demanda por cualquier ciudadano o profesional de la emergencia en la ciudad Valencia. Además, el SAUS trabaja en coordinación continua con la policía local ante las emergencias sociales, dependiendo de la misma para la intervención del día a día en relación a la activación y a la valoración de necesidades sociales, incluso en las auto-activaciones del equipo de guardia en las rutas de detección de necesidades. Guillermo lo constata en la siguiente cita:

- *Correcto; otra forma de activación son las auto-activaciones. El equipo realiza rutas de calle, tanto en la unidad móvil como a pie y es capaz de detectar en muchos casos situaciones en las que se precisa su actuación. En muchos casos, una vez se ha detectado, se procede a la coordinación con la policía local para que también ellos puedan determinar si actuamos nosotros, si actuamos de manera coordinada, si sólo van a actuar ellos, etc.... (Guillermo:4:10).*

Los Servicios Sociales son los únicos que pueden activar en cualquier momento al SAUS ante una emergencia social. Los profesionales de la emergencia no tienen la posibilidad de activación al SAUS directamente, deben llamar a la policía local a través de sus centros coordinadores, intercomunicando con el intendente de la policía. El SAMU no puede activar al SAUS fuera de su horario. Guillermo lo constata en la siguiente cita:

- *Pues de la misma manera, poniéndose en contacto con la policía local y solicitando, la presencia y activación del Servicio de Urgencias Sociales (Guillermo:4:13).*

Cuando se solapan varias emergencias en el mismo momento, el SAUS solo dispone de una unidad móvil y dos profesionales. El servicio parece no estar preparado para dar respuesta a emergencias múltiples.

Para finalizar, el teléfono de activación directa del SAUS está disponible para los CMSS y la policía local, limitando la activación por el resto de intervinientes de la emergencia en la ciudad de Valencia. Guillermo lo constata en la siguiente cita:

- Es el teléfono de emergencias, un teléfono que tiene línea directa con la policía local y con los CMSS que son los que nos pueden activar (Guillermo:4:25).

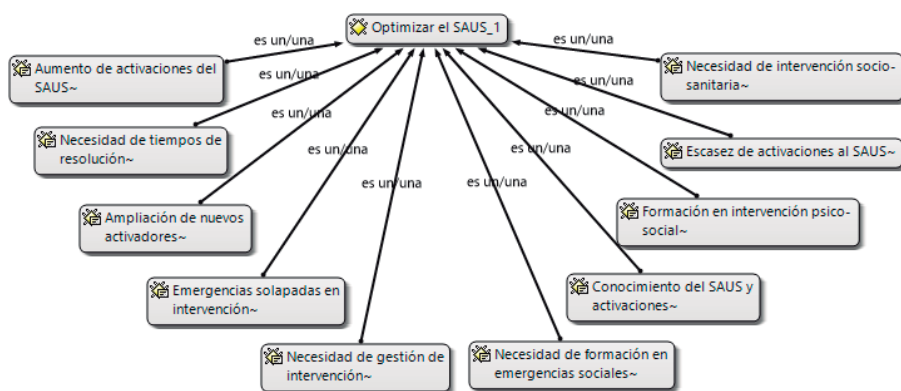


Figura 36. Optimizar el SAUS para una mayor efectividad del servicio.

En la figura 36 se muestra la categoría “optimización del SAUS en la ciudad de Valencia como servicio” y los atributos correspondientes. Según Laura, los profesionales de la emergencia, tanto SAMU como bomberos, etc. que detecten una emergencia social también deben activar al servicio a través de la policía local, retrasando el tiempo de intervención de los profesionales que han querido derivar la emergencia social al SAUS. El SAMU debería tener un teléfono directo de activación conjunta para agilizar la resolución de la emergencia. Actualmente, ante las emergencias socio-sanitarias, los profesionales sanitarios desconocen el procedimiento a

seguir ante la detección de una emergencia social. Sería necesario la ampliación de nuevos activadores para optimizar el SAUS. Así mismo, el SAUS establece prioridades de intervención en las emergencias sociales individuales, como es el caso de los menores y también personas con patologías, por lo que requeriría un procedimiento conjunto con el SAMU. Laura lo constata en la siguiente cita:

*- Sí, siempre que nos encontramos una situación donde hay un menor, esto se ha de resolver con premura. Personas enfermas también (Laura:3:35).*

Como ya hemos dicho, el SAUS dispone de un psicólogo y un trabajador social con las mismas funciones independientemente el perfil profesional. Para poder optimizar el servicio, parece ser necesario unas competencias definidas según el profesional y la situación de intervención en emergencias. Además, según Laura, el servicio no considera ampliar recursos, por lo que si entraran varias activaciones a la vez, no estaría preparado para las emergencias sociales que ocurriesen en el mismo momento, colapsándose el servicio.

Para la intervención en emergencias sociales, el gerente del SAUS considera que sus profesionales necesitarían formación específica.

Así mismo, el SAUS presenta un número de activaciones escaso. Según Guillermo para optimizar su uso sería necesario una mayor conocimiento como servicio y de las situaciones sujetas a activación e intervención. El servicio en Valencia es desconocido por la gran mayoría de los ciudadanos -según el entrevistado- y por la gran mayoría de profesionales policías, bomberos, sanitarios del SAMU, etc. Si se desconoce la existencia del servicio o sus funciones, no pueden haber activaciones. Guillermo lo constata en la siguiente cita:

*- El número de activaciones desde nuestro punto de vista sigue siendo escaso. Entonces, punto débil, que el servicio no está totalmente explotado, que el servicio puede ser mas eficiente en cuanto al número de activaciones, no al valor que está aportando a la ciudad y que marca una diferencia importante desde el inicio (Guillermo:4:66).*

Según Laura, el SAUS va a empezar a hacer difusión del servicio en la propia policía local que es quien los activa aunque muchos de ellos desconocen aún el servicio. Se constata en la siguiente cita:

- Pues vamos a incorporarlo. Vamos a empezar por policía local y luego en el ámbito sanitario queremos abarcar mucho más, no sólo hospitales que realmente sí que nos conocen sino abarcar todos los que pueden intervenir en una situación de urgencia o fuera del horario de los centros municipales (Laura:3:12).

En relación a la necesidad de tiempos de resolución, Laura lo considera interesante, ya que todo servicio de emergencias debe disponer de un indicador de tiempo de resolución si no, desvirtúa la emergencia. Se constata en la siguiente cita:

- Nosotros no podemos establecer ese tiempo; en este momento, es un tema interesante ver cuánto tiempo requiere para la resolución cada situación (Laura:3:31).

Para finalizar, sería necesaria una gestión técnica de intervención y la ampliación de nuevos activadores además de la policía local para optimizar el SAUS.

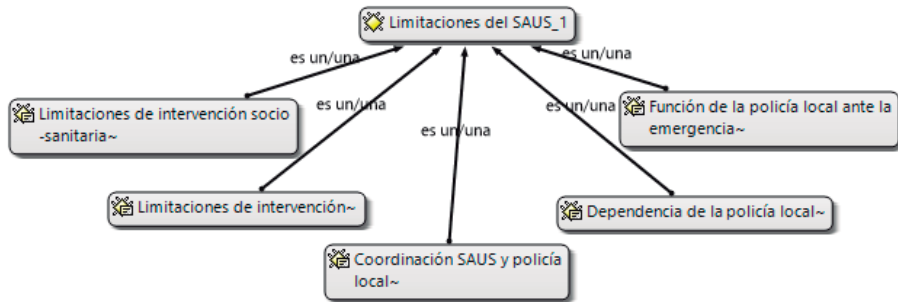


Figura 37. Limitaciones del SAUS como servicio.

En la figura 37 se muestra la categoría “limitaciones del SAUS en la ciudad de Valencia como servicio” y los atributos correspondientes. La activación del SAUS a través de la policía local es una limitación para el servicio según Laura, observándose

que hay un gran número de emergencias sociales sin atender. Además, el desconocimiento del servicio, el horario interrumpido y la falta de un teléfono unificado de emergencias como es el 112, también suponen limitaciones. Se constata en la siguiente cita:

*- Pues la dependencia de otros servicios, así ha de ser en este momento la activación por terceros, y eso a veces puede ser una limitación. Policía local sí que nos conoce, pero es verdad que cuando un policía activa y tiene una actuación con el equipo a partir de ahí digamos que ya tenemos a uno que tenemos a favor, pero eso no ocurre hasta que no lo hace. Por lo tanto y sin duda es una limitación; eso entonces lo asocio con otro de los puntos débiles que es la constatación de que se nos están quedando algunas urgencias específicas del ámbito de lo social sin atender, y algunas que tú ves el periódico a la mañana siguiente y dices ¿Cómo es que no he estado ahí? Esto es porque nadie te ha activado; algunas importantes se nos están quedando sin atender (Laura:3:59).*

Otras de las limitaciones es la dependencia del SAUS con la policía local para su intervención y activaciones, es el horario interrumpido, aunque Laura afirma que complementa a los CMSS en caso de urgencia y también la falta de un teléfono directo que permita las activaciones del servicio por otros profesionales.

Para responder en la pregunta de investigación: *¿cómo interviene el SAMUR Social ante las emergencias sociales en Madrid?*

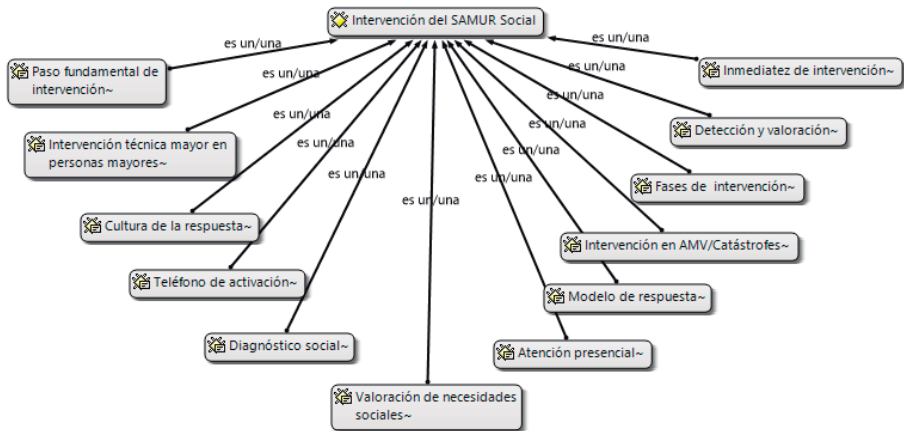


Figura 38. Intervención del SAMUR Social en la ciudad de Madrid.

La figura 38 muestra la categoría “intervención del SAMUR Social en la ciudad de Madrid” y los atributos correspondientes. El SAMUR Social que nace en el 2004, ofrece una atención a la emergencia social en la ciudad de Madrid. La intervención del SAMUR Social depende en primera instancia de que sea activada. La activación requiere de un paso previo que es la detección de necesidades sociales que requieran de una valoración especializada por profesionales del Trabajo Social de la emergencia. Para ello, se hace formación y difusión al resto de profesionales de la emergencia. Así mismo, la activación puede realizarse o bien por el ciudadano a través del 112 o por el resto de profesionales de la emergencia mediante teléfonos directos y procedimientos de actuación conjunta previamente establecidos y firmados.

Para poder intervenir el SAMUR Social necesita ser activado como primer paso de acceso a la atención. Se realiza vía telefónica a la central que es quien valora la demanda y activa a sus dispositivos móviles como recursos de proximidad y respuesta a la emergencia social en la ciudad de Madrid. Según Diego, es necesario un “marketing” de activación al servicio por el resto de intervinientes de la emergencia o posibles activadores como es el caso de los agentes de movilidad para ofrecer la máxima utilidad del servicio y protección a los ciudadanos/as. La siguiente cita lo constata:

*- Las vías de acceso a lo que tú planteabas, el propio usuario, otros servicios (pero se le hace un marketing, se le hacen unas sesiones explicativas de lo que es una emergencia social) (Diego:1:15).*

El SAMUR Social es un servicio de intervención de proximidad y acercamiento al lugar de la emergencia social, donde acuden las unidades móviles de guardia, integradas por trabajadores sociales que valoran y proporcionan una respuesta a la emergencia social. Presenta dos fases de actuación: la fase de proximidad y acercamiento al lugar cuando han activado al servicio por el 112 y la fase de respuesta e intervención, donde se gestionan los recursos y prestaciones del servicio. Además, el SAMUR Social tiene una jerarquía de organización: el departamento que es el área de gestión y Diego, que es el jefe del departamento, donde se coordina y se gestiona la



parte administrativa y de representación institucional del Ayuntamiento de Madrid; y la central que es el área de intervención, donde están los operativos de intervención y Pedro, que es el jefe de unidad de la central. En la central se organizan las unidades móviles de guardia y los equipos de calle, ambos con profesionales del Trabajo Social. En el proceso de intervención ante las emergencias sociales, la detección de necesidades es crucial para ofrecer una intervención de calidad y apropiada al ciudadano. La intervención supone los siguientes pasos: valoración de necesidades a modo de diagnóstico social, contención e intervención de la emergencia con el recurso correspondiente y siempre derivación a los Servicios Sociales de Atención Primaria. Como tiempo de resolución de la emergencia, el servicio tiene una semana como indicador desde la emergencia; a continuación, son los Servicios Sociales quienes completan la intervención del caso social.

El SAMUR Social presenta un cultura de respuesta organizada en gestión e intervención de las necesidades sociales que surgen en las emergencias, gracias al apoyo institucional del Ayuntamiento, según los entrevistados. Es un servicio referente a nivel europeo por su intervención y recursos. El servicio presenta un tiempo de resolución de la emergencia de una semana. Según Pedro, los tiempos de resolución deben ser siempre cortos para dar respuesta a la emergencia social detectada. Sin embargo, en el caso de los AMV y catástrofes, el tiempo de resolución es mayor porque hay un gran número de víctimas y necesidades sociales, llegando incluso a 20 días como fue el caso del atentado del 11 de marzo de 2004 en Madrid. La siguiente cita lo constata:

*- En el atentado del 11M los sanitarios a las once habían acabado de intervenir; nosotros cerramos la intervención a los veintitantos días porque, por ejemplo, hasta que acabamos de acompañar a los familiares en la última identificación de cadáver (Diego:1:44).*

Otro de los colectivos en que la intervención del SAMUR Social es mayor es el caso de las personas mayores. Las situaciones de ingresos involuntarios que requieren la intervención judicial, retrasan la intervención de emergencia alargando los tiempos. También la competencia en la adjudicación de las plazas residenciales y la Ley de

Dependencia hace que se dilate el tiempo de intervención. Pedro lo constata en la siguiente cita:

*- Sí que podemos gestionar la emergencia en el plazo de una semana. En el tema de mayores, la cosa cambia porque nos encontramos con mayores en situación de solos, con deterioro cognitivo importante, y sobre todo para garantizar las condiciones de esos mayores son necesarias unas medidas judiciales de protección que normalmente van a ir asociadas a un ingreso involuntario en una residencia de mayores; entonces ahí la situación de necesidad y la situación de intervención desde la emergencia se está alargando muchísimo. Primero, por el proceso de medida de intervención involuntario, aunque hemos ganado muchísimo con la intervención con los cinco juzgados que hay en Madrid pues se nos puede dilatar posiblemente a un mes la adjudicación de plaza por parte de la Comunidad de Madrid que es quien tiene la competencia en materia residencial y con la Ley de Dependencia, pues como que nos eternizamos. Mientras tanto, tenemos plazas de residencia en residencias municipales y estamos conteniendo la situación hasta que tiene la definitiva, pero nos estamos alargando a veces meses en la respuesta desde la emergencia y desde nuestro servicio; ese es el perfil que más se nos está alargando el tiempo de respuesta con salida desde nuestro servicio. El resto lo podemos gestionar en un plazo inferior a una semana (Pedro:2:45).*

Para finalizar, al incorporar la emergencia social al 112, parece facilitar al ciudadano/a la atención inmediata y la respuesta coordinada con el resto de profesionales de la emergencia (bomberos, policía, SAMUR PC, etc.) desde el centro de recepción de llamadas del 112. En el 2004 se realizó -según Diego- la incorporación del SAMUR Social al 112, facilitando el acceso universal a los ciudadanos.



Figura 39. Servicio potente de protección social en la emergencia por el SAMUR Social en Madrid.

En la figura 39 muestra la categoría “protección social en la emergencia por el SAMUR Social en Madrid” y los atributos correspondientes. A raíz de un acontecimiento en Madrid en el año 1987, el incendio de los Almacenes Arias, el Ayuntamiento propulsó el servicio del SAMUR Social por la necesidad de dar una respuesta especializada a las emergencias sociales, específica e *in situ*. El SAMUR Social atiende las emergencias sociales en situación de urgencia, en el momento imprevisto, cuando surge, cuando es detectada la emergencia y cuando se activa el servicio, atendiendo en un periodo de resolución relativamente corto, derivando a los Servicios Sociales para su tratamiento. La siguiente cita lo constata:

*- Haríamos toda la parte de urgencia pero la parte de tratamiento la derivamos a los Servicios Sociales de Atención Primaria (Pedro:2:7).*

En la intervención de la emergencia social no existen prioridades según Pedro; sólo en el caso de PSH y ante grandes emergencias en las que hay que hacer un triaje social. Generalmente la prioridad siempre va unida a la atención de los más vulnerables dentro de los más vulnerables. Además, existe una gran coordinación entre las dos áreas del servicio: el departamento de gestión y la central de intervención, con reuniones periódicas, potenciando el buen funcionamiento del servicio. El jefe de la central coordina los equipos de intervención, las partidas presupuestarias del servicio y está en estrecha comunicación y coordinación con el departamento de gestión que es el que marca las directrices de funcionamiento, ocupándose de que todo lo acordado se lleve a cabo por la unidad de intervención.

Cuando los Servicios Sociales de la red municipal no tienen recursos para dar respuesta a las emergencias sociales derivadas por el SAMUR Social, el mismo SAMUR Social se hace cargo de la situación pero ya no en forma de emergencia, a la espera de una salida por los Servicios Sociales. Así mismo, el SAMUR Social atiende a todas las situaciones de emergencia social que les activan como servicio, haciendo una intervención del 100% de cobertura a cualquier situación de desprotección, siendo un servicio muy competente, eficaz y valioso, según Diego. El SAMUR Social parece ser

un servicio fuerte en recursos como respuesta de intervención, por lo que ofrece una protección social a los ciudadanos de manera importante. Se constata en las siguientes citas:

- *Nivel de eficacia del SAMUR Social en relación a la plaza de emergencia 100%, porque yo todas las demandas que tengo les doy plaza de emergencia* (Diego:1:50).

- *Emergencia social 100%* (Diego:1:51).

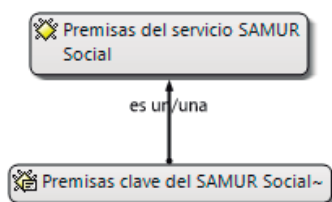


Figura 40. Premisas de intervención del SAMUR Social de la ciudad de Madrid.

En la figura 40 se muestra la categoría “premisas de intervención del SAMUR Social en la ciudad de Madrid” y los atributos correspondientes. Las premisas clave de intervención son la rapidez de actuación y los recursos que dan respuesta a las necesidades sociales detectadas. Suponen una fortaleza para el servicio, pero según Pedro, si no dan salida a los recursos ocupados puede ir en contra de la resolución del servicio, es decir, el servicio tiene un tiempo de intervención, resolución y derivación de una semana o incluso menos generalmente. Si esos recursos fueran ocupados mucho más tiempo por las circunstancias o por si hay una gran ocupación, entonces no podrían dar resolución rápida para próximas emergencias, por lo que al servicio le conviene resolver la emergencia social en el menor tiempo posible para que no se colapse. Se constata en las siguientes citas:

- *Trabajamos con dos premisas fundamentales para nosotros: la rapidez y los recursos, y decíamos, son nuestros puntos fuertes porque tenemos las unidades que nos desplazamos rápidamente, porque tenemos recursos. Ahí tenemos nuestros puntos fuertes; tenemos muchos recursos pero claro, a su vez, somos débiles si resulta que nuestros recursos están con una estancia a medio largo plazo, entonces se desvirtúa*

el papel de la emergencia y resulta que cuando aquí arriba tenemos la unidad de alojamiento de veinte plazas y te llama bomberos hoy a las tres y te dice que hay que desalojar dos viviendas y les dices que no tenemos recursos y dices ¿cómo?, ¿cómo vas a decir que tu servicio de emergencias no tiene?; ¿tú no me puedes decir eso!, pero claro, para seguir teniendo ese objetivo de servicio de emergencia tienes que seguir gestionando antes la salida. Si el indicador de una semana es un buen indicador; mas allá se nos encienden todas las luces (Pedro:2:46).

- La respuesta tiene que ser inmediata y hemos de tener recursos para dar respuesta a las situaciones de necesidad que produce una emergencia. Son las dos premisas con las que, en base a esas dos premisas teníamos que organizar el servicio, respuesta inmediata. La respuesta inmediata una vez que recibimos esa situación es unidades móviles que se desplazan hasta el lugar de los hechos con lo cual, de esa forma, garantizamos esa rapidez. Recursos: tener una red de recursos lo suficientemente potente para, ante cualquier posible situación que se pueda producir dar una respuesta; entonces, con el tiempo hemos ido creando esa red de recursos que nos permite dar también la respuesta inmediata, con lo cual esa es un poco de forma muy básica cómo nos organizamos en base a esas dos premisas: Inmediatez y recursos (Pedro:2:3).



Figura 41. Figura profesional de intervención ante las emergencias sociales en el SAMUR Social.

En la figura 41 se muestra la categoría “figura profesional de intervención del SAMUR Social en la ciudad de Madrid” y los atributos correspondientes. Según Diego, el trabajador social del SAMUR Social es el que valora las necesidades sociales que generan la emergencia social, y lo hace *in situ*. La competencia en la valoración de las necesidades sociales la tiene el trabajador social. Se constata en las siguientes citas:

- El que valora es el trabajador social (Diego:1:29).

- *Ellos son los que valoran, el trabajador social que está en la central como operativo de SAMUR Social (Diego:1:30).*

Además, los trabajadores sociales del SAMUR Social pueden estar trabajando en calle, a través de los equipos de calle (hay 12 equipos) o en las unidades móviles (8 unidades móviles) o bien en la central recogiendo demandas telefónicas. Así mismo, el jefe de la central permite que los profesionales del Trabajo Social que atienden la emergencia puedan desarrollar su trabajo sin dificultades, garantizando que se atienda al usuario en el menor tiempo posible, con los recursos más adecuados, preocupándose de que las comunicaciones estén en perfecto estado, tanto las del 112 como las comunicaciones entre los propios profesionales.

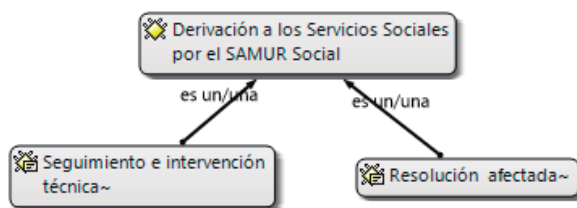


Figura 42. Derivación a los Servicios Sociales por el SAMUR Social.

En la figura 42 se muestra la categoría “derivación a los Servicios Sociales por el SAMUR Social” y los atributos correspondientes. Según Diego y Pedro, todas las emergencias sociales atendidas por el SAMUR Social parecen ser derivadas a los Servicios Sociales de Atención Primaria y desde una aplicación informática que permite que se haga un registro y seguimiento por todos. No obstante, la responsabilidad de dar respuesta a la emergencia social es del SAMUR Social y la continuidad una vez atendida la emergencia, se la dan los Servicios Sociales. Se constata en la siguientes citas:

- *Hay una parte de seguimiento mientras que dura la situación de emergencia pero fundamentalmente el diseño de intervención y todo el tratamiento lo van a hacer en otro servicio y no lo vamos a hacer nosotros (Pedro:2:9).*

- ¿Cuántas personas viven en esa casa?, Porque yo puedo ver el padrón, y puedo ver si esas personas tienen antecedentes en Servicios Sociales. Por la aplicación informática, yo accedo a esa aplicación informática general del sistema y además hay una hoja específica de emergencia, en la cual yo grabo lo que he hecho (Diego:1:46).

Para finalizar, parece ser que la resolución del caso social por el SAMUR Social puede estar afectada alargándose más de 15 días como resultado de no disponer los Servicios Sociales de suficientes recursos. Diego lo constata en la siguiente cita:

- En nuestro caso es importante llegar pronto pero hemos establecido una media en la intervención y luego lo otro es el tiempo de resolución del caso. A veces esos siete días que es el tiempo máximo, entre siete y quince días de estancia pues muchas veces se alarga, pero ¿por qué? Porque a veces la red que recibe el caso no tiene recursos (Diego:1:48).

la siguiente pregunta de investigación es: ¿cómo interviene el SAMUR PC ante las emergencias sociales en Madrid?

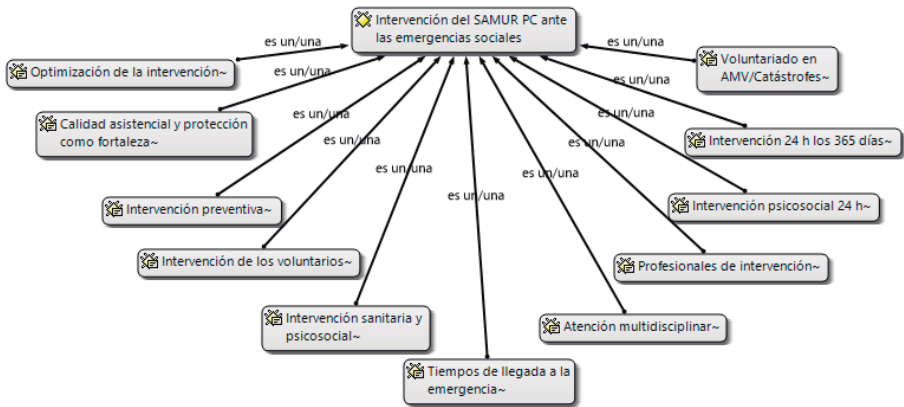


Figura 43. Intervención del SAMUR PC ante las emergencias sociales en Madrid.

En la figura 43 se muestra la categoría “intervención del SAMUR PC ante las emergencias sociales en la ciudad de Madrid” y los atributos correspondientes. El

servicio presenta unas isócronas de 7-8 minutos. Según Violeta, las fortalezas del SAMUR PC en sus intervenciones son la calidad asistencial orientada al paciente y sobre todo la protección al ciudadano, ofreciendo una cobertura integral biopsicosocial 24 horas al día los 365 días al año, a través de la atención de urgencia y emergencia por su personal médico y enfermería, intervención psicológica del psicólogo de guardia e intervención social junto a el SAMUR Social, ofreciendo una atención multidisciplinar a sus ciudadanos. Violeta lo constata en la siguiente cita:

*- Atendemos cualquier emergencia que se produzca en la vía pública o en locales públicos de la ciudad, en cualquier sitio público sanitario, y entendemos como sanitaria la parte psicológica y social, cualquier tipo de situación, porque el ciudadano nos reclame realmente lo sanitario pero muchas veces va ligado a problemas psicológicos o sociales. Damos respuestas a esas emergencias (Violeta:5:2).*

*- Se trabaja con un modelo integral; realmente la idea y por el hecho de que estemos trabajando personas de diferente cualificación es justamente dar una intervención para nosotros de calidad la que se ve que hay diferentes profesionales que cada uno tiene su función, como hablábamos antes, cada uno tiene su función y que todo eso se haga en beneficio del ciudadano, realmente el cómo se trabaja en ciertos avisos, en ciertos sucesos va a haber diferentes profesionales y en algunos de ellos, que luego te cuento, sí que tiene sentido que estemos todos, que haya un médico, que haya una enfermera, un técnico, que haya también un psicólogo in situ, realmente es una visión multidisciplinar e integral como beneficio al ciudadano. Sobre todo porque se ve la demanda de que esto era necesario; es decir, había una parte que se estaba cubriendo que era la parte puramente sanitaria pero que no era suficiente, y que quedaba luego otra parte que no se cubría o se cubría de aquella manera (Carmen:6:1).*

Entre los voluntarios hacen un total de dos mil personas y los profesionales son 675. El SAMUR PC tiene 7 psicólogos de intervención psicológica de emergencia. El psicólogo de guardia (ROME) hace turnos de 24 horas, con unas funciones claramente establecidas al igual que el resto de profesionales, con sus indicadores de calidad y procedimientos específicos. Los voluntarios además de ofrecer apoyo a los profesionales del servicio realizan una importante labor preventiva de valoración de riesgos en la ciudad de Madrid, ayudando a los bomberos. También realizan muchas funciones no remuneradas, entre ellas está el apoyo psicosocial y sanitario a los profesionales, además de funciones de PC y apoyo en AMV y catástrofes, por lo que



parece ser que son muy rentables para el servicio. Carmen lo constata en la siguiente cita:

*- El apoyo que hacen al personal remunerado aquí en muchas cosas, a los psicólogos, en otras gestiones, el tema de materiales que aquí se hace mucho del apoyo en accidentes de múltiples víctimas, catástrofes, todo el tema de materiales todo eso lo lleva también el voluntariado; procedimientos especiales que tenemos aquí, por ejemplo todo el tema de NBQ cuando hay manifestaciones; toda esa parte también la están cubriendo PC, con lo cual yo creo que aquí hacen una labor extraordinaria (Carmen:6:30).*

El SAMUR PC ajusta los turnos de sus profesionales según la demanda de emergencias, siempre ofreciendo cobertura las 24 horas todos los días del año. Disponen de unidades móviles de SVB y de SVA, y según sea una urgencia o emergencia se activa la unidad con los profesionales que van a intervenir, o la unidad móvil del psicólogo (ROMEO). Además, el servicio hace estudios anuales de frecuencia de intervención para poder ajustar sus recursos cada año, optimizándolos.

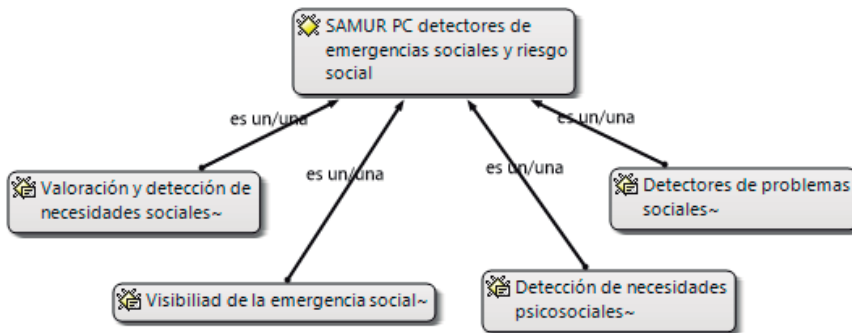


Figura 44. El SAMUR PC como detectores de emergencias sociales y de riesgo social.

En la figura 44 se muestra la categoría “SAMUR PC como detectores de emergencias sociales y de riesgo social” y los atributos correspondientes. El SAMUR PC es un detector de situaciones de emergencia social a través de sus emergencias sanitarias. El servicio trabaja en los domicilios junto al resto de personal de la emergencia, como policía y bomberos en aquellas emergencias en las que no se abra la

puerta y se tenga que hacer una apertura forzosa, todo ello establecido en un procedimiento y en el que se realiza una valoración de problemática social sujeta a intervención por el SAMUR Social.

Según Violeta, parece que son muchas las situaciones socio-sanitarias con las que se encuentra el SAMUR PC y necesita derivar al SAMUR Social para que valore e intervenga la emergencia social. Así mismo, el SAMUR PC dispone de intervención en valoración del riesgo de maltrato infantil y de personas mayores y personas con ideación suicida. Según Carmen, cuando se detecta cualquiera de las situaciones citadas, lo comunican a sus superiores y hacen un registro de valoración del riesgo en el parte de intervención, adjuntando un anexo.

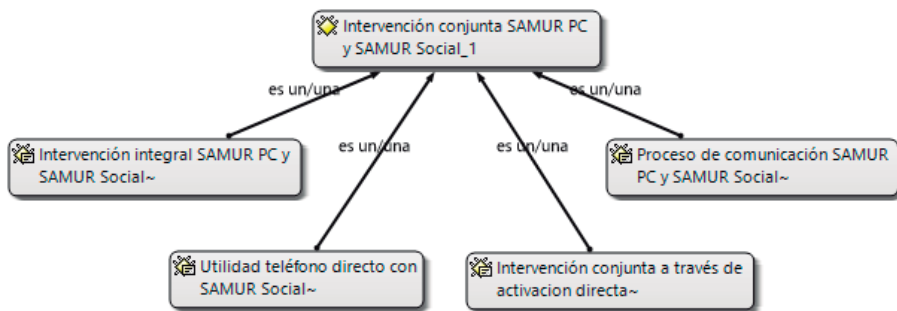


Figura 45. Intervención conjunta del SAMUR PC y del SAMUR Social en la ciudad de Madrid.

En la figura 45 se muestra la categoría “intervención conjunta del SAMUR PC y del SAMUR Social en la ciudad de Madrid” y los atributos correspondientes. Según Violeta son muchas las situaciones socio-sanitarias con las que se encuentra el SAMUR PC y necesita derivar al SAMUR Social para valoración e intervención de la emergencia social, requiriendo de un trabajo conjunto. Se constata en la siguiente cita:

*- A veces, depende. Lo normal es que sea la propia Central nuestra, el equipo sanitario detecta eso y dice: Oye, este señor necesita SAMUR Social, y la Central nuestra habla con la Central de SAMUR Social y normalmente la Central de SAMUR Social manda una unidad; si no puede enviar una unidad, ya es cuando intervenimos nosotros. La central nos dice: Oye que estos no tienen unidades, y entonces*

interviene el supervisor y habla con el responsable del SAMUR Social. Como nosotros organizamos esto que hacemos, le llevamos nosotros al centro de acogida y lo organizamos de manera que se dé respuesta. Se da respuesta siempre (Violeta:5:17).

EL SAMUR PC dispone de un teléfono directo de comunicación para la activación directa del SAMUR Social, facilitando la resolución rápida y eficaz de la emergencia. El teléfono directo facilita la intervención conjunta en la emergencia, además de optimizar el tiempo de actuación, beneficiando el trabajo conjunto. Violeta y Carmen lo constatan en las siguientes citas:

- El supervisor se encarga de hablar directamente con el SAMUR Social cuando hay un problema social importante el equipo sanitario lo comunica: Oye, aquí tenemos una señora, sabemos tal, a ver si se puede llamar al SAMUR Social... La vía habitual es que la Central hable directamente con la Central del SAMUR Social (Violeta:5:16).

- Facilidad de un teléfono directo. La rapidez, facilita la rapidez, que puedas dar la información, por ejemplo, el maltrato de mayores; el poder decir estamos con una persona de tal edad con estas condiciones, saber si ella es una persona conocida.... (Carmen:6:16).



Figura 46. Notificación de riesgo social en la emergencia por el SAMUR PC.

En la figura 46 se muestra la categoría “notificación de riesgo social en la emergencia por el SAMUR PC” y los atributos correspondientes. El SAMUR PC dispone de procedimientos de intervención ante el maltrato infantil, el maltrato de

ancianos y violencia doméstica, notificando las emergencias sociales o de riesgo social detectadas. Violeta lo refleja en la siguiente cita:

*- Notificamos normalmente. Para niños, ancianos y violencia doméstica lo tenemos protocolizado con una planilla especial de maltrato (Violeta:5:28).*

Según Violeta, siempre que el SAMUR PC detecta necesidades sociales en sus emergencias sanitarias, incluso ante el traslado del paciente al hospital para continuar su tratamiento, notifica en su parte asistencial la detección, activando al SAMUR Social y éste les informa de toda la gestión realizada, de toda la intervención social y del recurso más apropiado para dar respuesta a las necesidades sociales detectadas. Toda la información también la reciben los profesionales que han intervenido en primera instancia en la emergencia, haciendo una retroalimentación de la información por el supervisor que recibe las notificaciones de malos tratos en niños y ancianos. El supervisor hace el informe del caso social anexo por los profesionales del SAMUR PC y es quien lo envía a los Servicios Sociales. Se refleja en la siguiente cita:

*- Aunque lo llevemos al hospital nosotros decimos al SAMUR Social que ha sido una apertura de puerta con un anciano que estaba tirado y ellos van al hospital, y se ponen en contacto con el trabajador social del hospital; SAMUR Social después nos contesta y nos dice, este anciano, ellos contestan con mas datos que se ha hecho esto, que se le ha puesto esto de apoyo de tal y nosotros lo contamos al profesional, se lo reenviamos a quien ha notificado o al que ha dicho. Tengo aquí a este paciente de una apertura de puerta que necesita... (Violeta:5:39).*

Según la pregunta de investigación: *¿cómo interviene el SAMU ante las emergencias sociales en Valencia?*

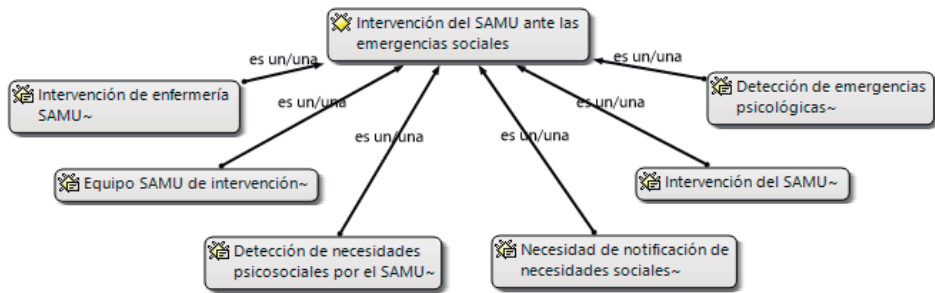


Figura 47. Intervención del SAMU ante las emergencias sociales en Valencia.

En la figura 47 se muestra la categoría “intervención del SAMU ante las emergencias sociales en Valencia” y los atributos correspondientes. El SAMU recibe los avisos de emergencia por el CICU, y éste por del 112. El equipo SAMU está integrado por médico, enfermero y técnico en emergencias. La enfermera realiza cuidados de enfermería específicos en emergencias extrahospitalarias y entre sus funciones está la valoración de necesidades psicosociales. Según Lucía, el SAMU detecta situaciones de riesgo y necesidades sociales sujetas a seguimiento, valoración y detección, requiriendo una atención por un servicio específico de intervención ante las emergencias sociales. Los profesionales sanitarios no disponen de competencias específicas de intervención ante necesidades psicosociales. Se constata en las siguientes citas:

- *Mucho, pero también se genera... Yo atiendo un intento de autolisis, por ejemplo; me llevo al paciente vivo, tengo que trabajar con él como una atención médica, sanitaria, pero qué hago con la familia, qué hago con esa madre, ¿necesita otro recurso? Porque tendrá una crisis de ansiedad y al final me va a derivar en una emergencia por lo menos una urgencia; necesita una atención de alguien que haga que no vaya a más, alguien que sepa dónde dirigirlo, alguien que diga ahora qué hago (Lucía:8:18).*

- *Es muy triste, y muchas veces no es el suicidio, es el intento. Tendrá que tener alguien con quien hablar, dónde va, teniendo la sanidad psicólogos... y tiene que ir luego un médico a su casa, no puede ir un psicólogo. Y ahora estamos con el tema de los desalojos de los desahucios... ¿Te crees que en un desahucio no hay momentos en que alguien tiene que atender a esa persona?, ¿Qué pasa?, Que porque no se ha roto una pierna, ¿no va un SAMU?. Es que no tiene que ir un SAMU, tiene que ir un psicólogo para atender a esa gente, directamente (Lucía:8:51).*

Las entrevistadas muestran la necesidad de notificar en el parte de asistencia sanitario del SAMU todos aquellos casos sociales de riesgo o de necesidad de intervención social.

El SAMU de Valencia no dispone de psicólogo de guardia. El SAUS dispone de psicólogo, formando parte del equipo multidisciplinar. Según Marina, el SAUS es un servicio necesario de intervención psicosocial en Valencia las 24 horas del día, ya que la emergencia es imprevista y surge a cualquier hora. Se puede decir que los profesionales del SAMU necesitan de una intervención psicosocial y en coordinación con el SAUS en aquellas emergencias socio-sanitarias en las que detectan necesidades psicosociales *in situ*. Según Lucía, también sería necesaria una coordinación con las urgencias hospitalarias cuando se traslade a un paciente con necesidades sociales de emergencia.



Figura 48. Necesidad de intervención conjunta del SAMU y el SAUS en Valencia.

En la figura 48 se muestra la categoría “necesidad de intervención conjunta del SAMU y el SAUS en Valencia” y los atributos correspondientes. El SAMU detecta necesidades sociales sujetas a valoración e intervención por el SAUS. Marina lo constata en la siguiente cita:

- Yo, en mi labor diaria he tenido la necesidad de contactar con ellos en múltiples ocasiones (Marina:7:8).

Según Lucía, los profesionales del SAMU han detectado un aumento de casos de suicidios y de intentos autolíticos, necesitando una intervención conjunta y en

coordinación con un servicio de intervención psicosocial de emergencia. Marina lo constata en la siguiente cita:

*- La verdad es que sí, porque aquí yo creo que se pasan por alto muchos problemas de estas características; porque quizá hayan compañeros que desconocen que eso tiene un recurso que puede sacarlo adelante, existe algo que puede mejorar eso entonces lo dejan pasar, y se van con ¿Hay que pena lo que he visto hoy! Y ahí se queda (Marina:7:34).*

Ante muertes traumáticas atendidas por el SAMU, según Lucía, es necesaria la intervención en crisis y la atención al duelo hacia la familia del afectado por profesionales competentes de las emergencias psicológicas como son los psicólogos. Además, afirma que sería necesaria una intervención específica para la emergencia social al igual que la hay para la emergencia sanitaria, según la necesidad. Las competencias de los profesionales son imprescindibles para la actuación, por lo que parece ser que los trabajadores sociales son los idóneos para las emergencias sociales, los psicólogos para las emergencias psicológicas y los sanitarios para las emergencias sanitarias.

Según las entrevistadas, un trabajo conjunto del SAMU y el SAUS con competencias claramente definidas en atención sanitaria, psicológica y social de emergencia, contribuiría a una protección del ciudadano en su triple vertiente biopsicosocial. Además, un mayor conocimiento del trabajo del SAUS por parte del SAMU facilitaría las activaciones ante necesidades sociales de emergencia detectadas por cualquier profesional del SAMU en la ciudad de Valencia.

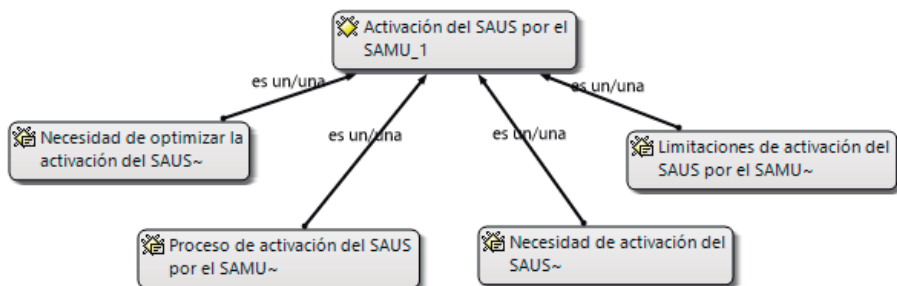


Figura 49. Activación del SAUS por el SAMU en la ciudad de Valencia.

En la figura 49 se muestra la categoría “activación del SAUS por el SAMU en la ciudad de Valencia” y los atributos correspondientes. Según Marina, el SAMU activa al SAUS a través de la policía local, expresamente a través de sus intendentes de distrito y el CICU. Las entrevistadas afirman que el SAMU se ha encontrado con la situación de activar al SAUS y estar fuera de horario, o bien la policía local desconoce el servicio del SAUS, dificultando el tiempo de resolución de la emergencia. Sería necesario un teléfono directo y un procedimiento que facilitase las intervenciones a ambos servicios. Se constata en la siguiente cita:

*- Entre lo que yo veo directamente del paciente y lo que percibo y las necesidades que yo entiendo que esa persona tiene, si se las comunico directamente al trabajador social o a la persona que lo lleve en ese momento podemos tener un consenso y llegar a un acuerdo más rápidamente, que si se lo dejas a la policía, por supuesto, eso es una pérdida de tiempo. Vamos, las veces que yo lo he tenido que utilizar a la policía local no le puedes transmitir realmente toda la situación; tú tienes que pedir a la policía, la policía comunica con ellos; primero viene la policía, tú le cuentas a la policía, la policía a veces entiende unas cosas u otras, no tienes que esperarte a que lleguen. Los trabajadores sociales cuando llegan, tienes que volver a explicar toda la situación si tienes tiempo y el tiempo ahí se alarga mucho y entonces es cuando en ese tiempo, nuestro centro coordinador nos exige una rapidez de actuación, nosotros no podemos tener un vehículo parado tres horas hasta que se moviliza todo este sistema (Marina:7:11).*

El SAUS dispone de trabajadores sociales y psicólogos con conocimientos de intervención en crisis, siendo un servicio orientado y cualificado de intervención ante la emergencia psicosocial en Valencia. Lucía lo constata en la siguiente cita:

*- Moralmente yo me quedo tranquila. Esa unidad se tiene que activar, es un servicio de emergencias, yo no me puedo quedar allí, me podría quedar, podría quedarme allí y darle una asistencia como enfermera si necesitan un tranquilizante, pero no se trata de eso, se trata de mucho más (Lucía:8:42).*



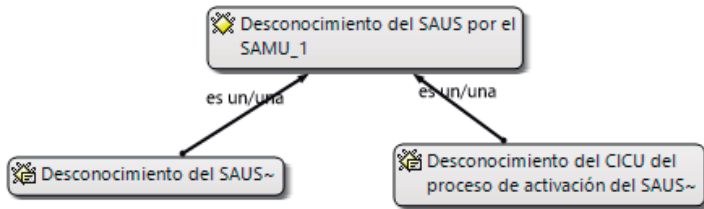


Figura 50. Desconocimiento del servicio SAUS por el SAMU en la ciudad de Valencia.

En la figura 50 se muestra la categoría “desconocimiento del servicio SAUS por el SAMU en la ciudad de Valencia” y los atributos correspondientes. El CICU como central de demandas sanitarias del 112 y centro gestor de los recursos sanitarios (entre ellos el SAMU), parece ser que desconoce la existencia del SAUS, dificultando el contacto con la policía local que son quienes lo activan directamente. Marina lo constata en la siguiente cita:

- De hecho, en ocasiones hemos sido nosotros los que hemos tenido que explicarles la existencia de este servicio para que por favor nos pusieran en contacto con la patrulla de la policía que se encarga de activarlos, y hemos tenido que explicar al locutor o a ciertos coordinadores cómo debían hacerlo (Marina:7:30).

También una gran mayoría de los profesionales del SAMU desconocen de la existencia del SAUS y de sus funciones, aunque las veces que se ha trabajado conjuntamente se ha funcionado muy bien. Marina lo constata en la siguiente cita:

- Buena; personalmente las personas que yo he visto han respondido muy bien a la situación. De hecho, se han alegrado de que los llamemos porque están ahí. Creo que uno de los problemas, no sé si corresponde contestarlo aquí, de nuestro servicio, es que es un servicio desconocido para la mayor parte de sanitarios de mi comunidad, y ha sido en cuanto ellos han conseguido contactar con nosotros ha sido un servicio de comunicación al 100%; la única dificultad quizá que yo he visto ha sido el contacto, las que hemos contactado, una vez hemos estado cara a cara ha sido una labor que ha funcionado perfectamente (Marina:7:29).

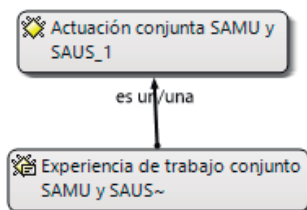


Figura 51. Actuación conjunta del SAMU y del SAUS en la ciudad de Valencia.

En la figura 51 se muestra la categoría “actuación conjunta del SAMU y del SAUS en la ciudad de Valencia” y los atributos correspondientes. La experiencia de trabajar de manera conjunta con ambos servicios ha sido de tranquilidad, favoreciendo la actuación, ya que la intervención social está fuera de las competencias de los profesionales sanitarios. Se constata en las siguientes citas:

- *Mi experiencia es quedarme con mucha tranquilidad. Cuando yo he trabajado conjunto con ellos y ves que tú te dejas al paciente ahí, pero no te lo dejas, se lo quedan unos compañeros y lo asisten, yo no me voy aunque sea moralmente, aunque sea decir, ¿qué estará pasando? Yo he resuelto un caso pero se ha quedado en su casa, y esto se va a hinchar; esto no se queda aquí, quién lo va a asistir...* (Lucía:8:40).

- *De hecho se ha seguido asistiendo a la hija de los pacientes. A la hija de un matrimonio de los fallecidos. La hija va a entrar, los padres mueren por asfixia, atendemos, bueno, no se puede hacer nada y la hija ha visto todo, vive al lado, ha visto todo, no ha podido asistir a sus padres, no ha podido abrir la puerta, la llave estaba por dentro. Tú imagínate. Te dejas a esa persona porque el aviso no ha sido por ella sino por los padres. Se llamó al SAUS, se quedaron con ellos, se hicieron cargo, me imagino que los asistirían hasta el final, lo que hiciera falta* (Lucía:8:41).

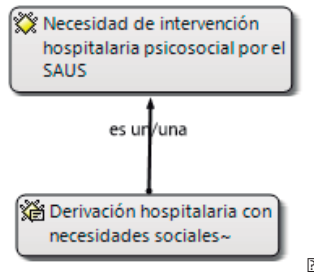


Figura 52. Necesidad de intervención hospitalaria psicosocial por el SAUS en la ciudad de Valencia.

En la figura 52 se muestra la categoría “necesidad de intervención hospitalaria por el SAUS en la ciudad de Valencia” y los atributos correspondientes. Se constata la necesidad de la continuidad de la asistencia psicosocial por el SAUS a nivel hospitalario cuando se requiere el traslado del paciente por el SAMU al hospital y presenta necesidades sociales de emergencia. Marina lo constata en la siguiente cita:

*- Aquí, por ejemplo, en el caso que he contado antes de la niña del atropello, la intervención social se necesitaba en el hospital, para la familia de esa niña, entonces igual que se solicita a la policía, se le indica donde tiene que acudir. Otros casos son de personas que estén vivas que tengan un problema social y que vayan a acudir al hospital, entonces nosotros también tenemos que decir que esa persona va a quedar ingresada en urgencias y ellos tendrán que ponerse en contacto con el servicio de urgencias (Marina:7:20).*

La siguiente pregunta de investigación: *¿qué recursos socio-sanitarios dan respuesta a las emergencias sociales en Valencia y cómo se gestionan?*

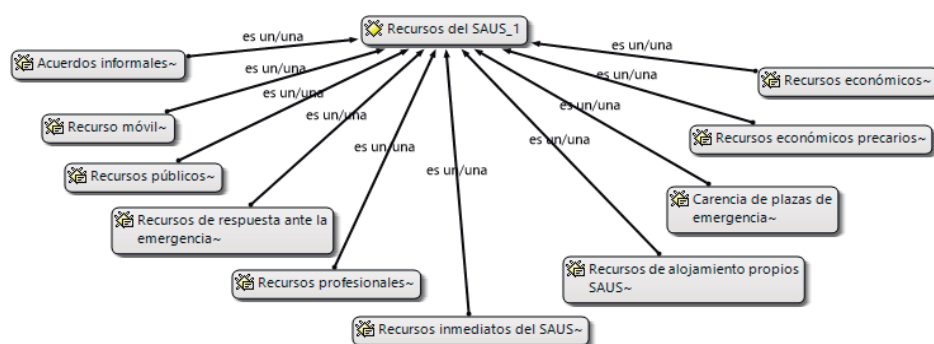


Figura 53. Recursos del SAUS ante las emergencias sociales en la ciudad de Valencia.

En la figura 53 se muestra la categoría “recursos del SAUS ante las emergencias sociales en la ciudad de Valencia” y los atributos correspondientes. Según Guillermo, los recursos que dan respuesta a las emergencias sociales por el SAUS en la ciudad de Valencia e inmediatos son escasos como se constata a continuación en la siguiente cita:

*- El equipo está formado por nueve técnicos y una coordinadora en total diez personas, la coordinadora es psicóloga y los técnicos tienen titulaciones de trabajo social, de psicología y de integración social. Además de tener otros estudios masters, formaciones diferentes. Luego, disponemos de una unidad móvil de siete plazas adaptada, disponemos de mantas térmicas, agua, alimentación básica, lo que son recursos sociales y sanitarios el servicio cuenta con un presupuesto de tres mil euros anuales lo que es para la atención de necesidades perentorias que no puedan ser, que necesiten ser satisfechas en ese mismo momento, pues para la compra de billetes, de alimentación, de alimentación a menores, disponemos de mantas, dispone de plazas de emergencias en este caso en la asociación valenciana de caridad, dispone de una plaza de emergencia, y del acuerdo con establecimientos hosteleros para lo que es el alojamiento que precisen un alojamiento y eso y poco más (Guillermo:4:38).*

El SAUS no dispone de recursos propios, ni plazas de alojamiento para dar respuesta a las emergencias sociales, derivando siempre la intervención a los Servicios Sociales (CMSS). Laura lo constata en la siguiente cita:

*- No, no tenemos plazas asignadas (Laura:3:40).*

Lo que atenuará o amortiguará según Guillermo las emergencias sociales en la ciudad de Valencia, será una creación de recursos en el SAUS y la necesidad de ampliación, a poder ser propios, pero indudablemente, afirma que unas buenas relaciones de calidad con la familia también son necesarias para amortiguar las necesidades sociales de los ciudadanos/as.

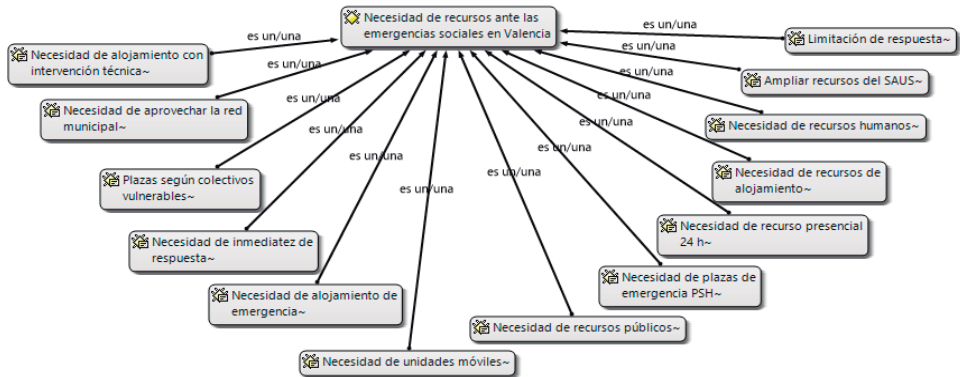


Figura 54. Necesidad de recursos ante las emergencias sociales en la ciudad de Valencia.

En la figura 54 se muestra la categoría “necesidad de recursos ante las emergencias sociales en la ciudad de Valencia” y los atributos correspondientes. Según Guillermo, el SAUS necesitaría disponer de recursos propios para dar respuesta inmediata a las emergencias sociales, además de una ampliación a 24 horas los 365 días del año, ajustando nuevos RRHH y plazas de alojamiento de emergencia para cubrir las necesidades de los colectivos más vulnerables, como son las PSH, familias, plazas de residencias, etc. También afirma la necesidad de disponer de un catálogo de recursos propios y poder gestionarlos el servicio. Se constata en la siguiente cita:

*- Tener lo que es una presencia en calle las veinticuatro horas, eso por un lado; por otro lado, creo que hay un recurso que se debería ampliar que es el alojamiento, un alojamiento especializado en las distintas necesidades que pueda tener cualquier ciudadano, desde familias, hasta personas en tránsito, turistas, PSH, dar respuesta desde el alojamiento a necesidades muy diferentes que pueda tener un*

*ciudadano, considero que esto es muy importante, desde alojamiento es una residencia, hasta respuestas a cualquier persona o familia que en un momento determinado se vea en la calle (Guillermo:4:55).*

Según Laura, existen múltiples situaciones de emergencia socio-sanitaria atendidas en Valencia por el SAUS. Afirma que al no existir recursos específicos de alojamiento para ciertos colectivos vulnerables, derivan el caso al hospital y generan nuevas emergencias a la situación de alta hospitalaria. Un ejemplo sería las PSH con enfermedades crónicas que presentan una emergencia socio-sanitaria con necesidad de cuidados continuos.

Los entrevistados consideran que los recursos para hacer frente a las emergencias sociales deberían utilizarse de la misma red municipal del Ayuntamiento de Valencia, haciendo acuerdos formales con los recursos y disponer de plazas de emergencia, aprovechando la Administración Pública para dar respuesta a las necesidades sociales que detecta. Laura lo constata en la siguiente cita:

*- Habría que valorarlo porque además, esos recursos son muy costosos económicamente, y habría que ver cómo se articulan, pero yo quizá estoy pensando más en esos sitios que son de espera, pero de espera de horas, o en esos perfiles que con dificultad puedes alojar, porque si hay una red de alojamientos de perfiles públicos o privados en la ciudad, yo creo que hay que aprovechar esa red, pero hay situaciones que quedan fuera, esas son las más difíciles de resolver (Laura:3:54).*

Cuando el SAUS tiene una situación de violencia de género, el equipo del Centro Mujer 24 horas se hace cargo de la situación y del alojamiento si no, el SAUS con los 3.000 € puede hacerse cargo de un alojamiento alternativo hasta que pueda derivarse la situación a los Servicios Sociales.

Los recursos de los Servicios Sociales y del SAUS que hacen frente a las emergencias sociales en Valencia son mayoritariamente privados y a través de convenios. Según Guillermo, integrar el SAUS al 112 supondría aumentar el número de demandas al servicio, necesitando ampliar las unidades móviles y a los profesionales para poder dar respuesta a un mayor número de emergencias. El entrevistado afirma que

más activaciones supondría ofrecer mayor servicio a los ciudadanos y la carencia de recursos, limita la respuesta del servicio.

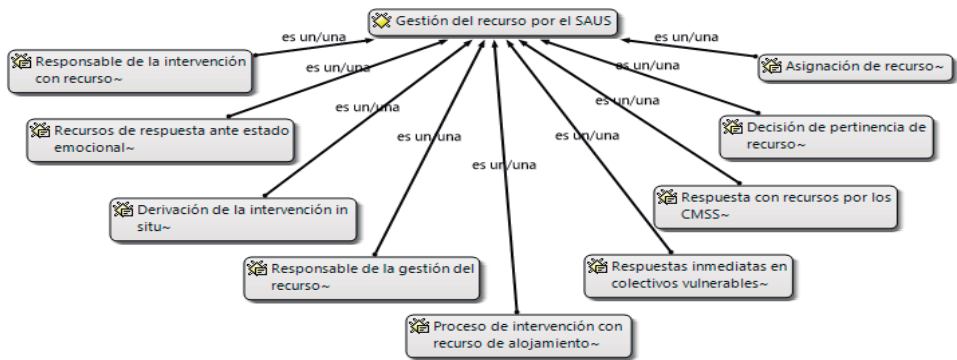


Figura 55. Gestión del recurso ante las emergencias sociales por el SAUS en Valencia.

En la figura 55 se muestra la categoría “gestión de recursos por el SAUS ante las emergencias sociales en la ciudad de Valencia” y los atributos correspondientes. Según Guillermo y Laura, el equipo del SAUS es el responsable de asignar el recurso que puede ofrecer el servicio, cuando sobrepasa la respuesta, es el CMSS quien tiene la competencia de la intervención. El SAUS deriva el caso social al recurso más idóneo y es el recurso el que decide si es pertinente o no, por lo que la gestión última depende del recurso que da respuesta a las necesidades sociales. Se constata en las siguientes citas:

- *Del equipo técnico, cuando hace la valoración* (Guillermo:4:45).

- *Finalmente quien dispone del recurso es quien decide, pero el Centro Mujer 24 horas decide si la mujer a la que se ha acompañado es perfil para atender dentro del Mujer 24 horas o no, pero la decisión de llevarla allí, o de llevarla a Casa de la Caridad, o de buscar un alojamiento alternativo es del equipo, es la toma permanente de decisiones* (Laura:3:44).

Según Guillermo, el servicio prioriza intervenciones según el estado emocional que sufre el usuario ante una emergencia social, pudiendo ser de miedo, angustia, llanto,

desesperación, etc. Además, los colectivos vulnerables como menores, personas mayores y PSH, tienen una intervención priorizada por ser más vulnerables. El entrevistado afirma que todos los casos sociales atendidos por el SAUS son derivados a los CMSS. Se constata en la siguiente cita:

*- En ese caso, nos ponemos en contacto con el centro municipal de referencia, y a través del expediente y del procedimiento de comunicación y coordinación haríamos saber la necesidad y la valoración final para la resolución de esa emergencia. Esa necesidad más bien recaería sobre el centro municipal que determinaría ese caso, porque es más factible gestionar un servicio de ayuda a domicilio hasta que se le conceda plaza en una residencia, pero eso ya estaría fuera de las funciones del servicio (Guillermo:4:51).*

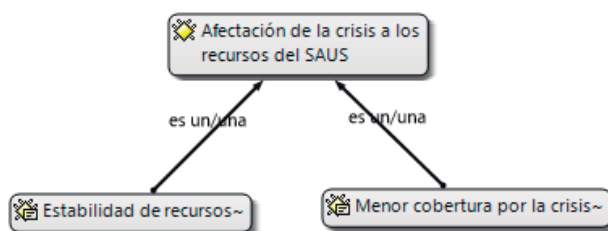


Figura 56. Afectación de la crisis a los recursos del SAUS en la ciudad de Valencia.

En la figura 56 se muestra la categoría “afectación de la crisis a los recursos del SAUS en la ciudad de Valencia” y los atributos correspondientes. Según Laura ante la crisis económica que estamos viviendo, la Administración Pública no se ha adaptado al mayor aumento de demandas y necesidades sociales, por lo que el SAUS sufre una menor cobertura y capacidad de protección para resolver las emergencias sociales. Se constata en la siguiente cita:

*- Más bien lo que se puede apreciar es que ante un mayor aumento de la demanda y de las necesidades, se mantienen los recursos existentes; por tanto la cobertura es menor o la capacidad de protección que tenemos en este momento es menor (Laura:3:56).*



Según Guillermo, desde septiembre de 2011 que funciona el SAUS no se han ampliado los recursos, habiendo una estabilidad de los mismos frente a la respuesta de las emergencias sociales.

Para responder a la pregunta de investigación: *¿qué recursos socio-sanitarios dan respuesta a las emergencias sociales en Madrid y cómo se gestionan?*, mostramos a continuación la cartera de servicios.

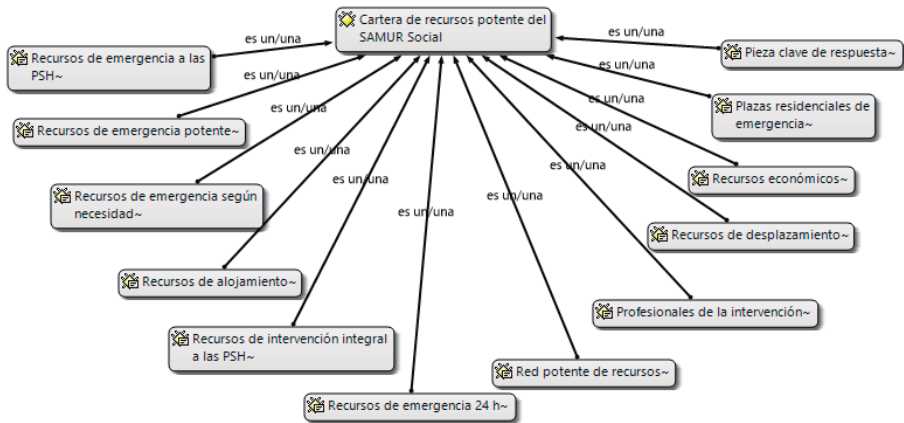


Figura 57. Cartera de recursos potente del SAMUR Social en la ciudad de Madrid.

En la figura 57 se muestra la categoría “cartera de recursos potente del SAMUR Social en la ciudad de Madrid” y los atributos correspondientes. Según Pedro, el SAMUR Social tiene una red de recursos muy potente para dar respuesta a las emergencias sociales las 24 horas los 365 días del año según necesidades detectadas. Tiene recursos específicos para las PSH, plazas concertadas en toda la red municipal. También tienen plazas para las emergencias sociales, plazas de alojamiento para colectivos vulnerables: mujeres maltratadas, con hijos y sin recursos, residencias para personas mayores, también en el caso de deterioro cognitivo grave y gran dependencia, 20 plazas en la UEB de la central del SAMUR Social donde además de cubrir el alojamiento, se cubre la alimentación e higiene y supone un lugar tranquilo de

intervención, en aquellos casos que requiera de más tiempo para la valoración de las necesidades sociales. En la actualidad el SAMUR Social dispone de 18 plazas de mayores. La partida económica es de 120.000 € para hacer frente a necesidades como comprar gafas, alquiler de alguna mensualidad, etc. El SAMUR Social siempre tiene un recurso como respuesta a la emergencia social. Se constata en la siguiente cita:

*- Tenemos recursos y yo creo que tenemos una red de recursos potentes, sobre todo porque tenemos recursos en función de los perfiles, de personas que atendemos pero bueno, a parte de que esto te lo mando por escrito decirte que hay un bloque de recursos que tiene que ver con nuestra intervención que tiene que ver con las PSH, en todos los centros de la red municipal tenemos plazas. Nosotros que gestionamos la entrada y la salida; eso nos da respuesta a las situaciones que pueden entrar y valoramos como prioritarias, nosotros gestionamos esas plazas les damos entrada y les damos salida, por lo tanto, ahí tenemos recursos para la atención de PSH pero luego para la parte de emergencias tenemos recursos para mujeres con hijos menores, tenemos residencias, plazas para mayores para atender la situación de personas mayores en situación de vulnerabilidad de esas residencias hay dos que son específicas para personas con deterioro cognitivo grave, tenemos plazas para inmigrantes tenemos una plaza para personas con discapacidad física, alguna situación que se pueda producir, tenemos la unidad de alojamiento que está integrada aquí en la central que son veinte plazas. Esa unidad de alojamiento nos da una primera respuesta inmediata ante cualquier situación, eso sobre todo para los equipos que intervienen les da un alivio en la intervención y una facilidad y es que a veces la intervenciones en el momento de los hechos ya es en la calle. Es difícil y hacer una buena valoración o un buen diagnóstico también es complicado con lo cual siempre un poco el mensaje es: No te preocupes, intervén y veniros aquí; y una vez aquí donde tienen unas condiciones perfectas, nos sentamos con ellos tranquilamente y hacemos un mejor análisis de cuál es la situación y un mejor diagnóstico y aquí tenemos esas veinte plazas que nos dan respuesta ante cualquier situación que se pueda producir (Pedro:2:49).*

Según Diego, los recursos que dan respuesta a las necesidades sociales valoradas por el trabajador social y que responden a las emergencias son los propios RRHH (150), las unidades móviles (8), la central, la UEB (20 plazas), entre otros. Sobre todo los primeros recursos son los profesionales que valoran, y los recursos que antes dan respuesta son los que responden a las necesidades de subsistencia, garantizando prestaciones básicas y alojamiento que comprometen la calidad de vida y la protección del ciudadano.

Según los entrevistados, el servicio presenta una red potente de recursos gracias al apoyo institucional del Ayuntamiento de Madrid, afirmando que la clave de los servicios de emergencia como el SAMUR Social es la respuesta y la gestión de la intervención a través de recursos. Además constatan que se necesitan recursos que respondan a las necesidades sociales que generan las emergencias para drenar y hacer fluido el funcionamiento del servicio y así proteger al ciudadano. El hándicap del servicio de emergencias sociales parece ser el colapso que se puede producir si no se les puede dar salida a los recursos de emergencia por no disponer de ellos.

El SAMUR Social atiende en su servicio las emergencias sociales y la atención a PSH en la ciudad de Madrid, disponiendo de plazas de emergencia para PSH ante necesidades de alojamiento valoradas por sus profesionales, haciendo la intervención técnica hasta la resolución de la emergencia. Diego lo constata en la siguiente cita:

*- Otra cosa es que las PSH como cualquier ciudadano tienen emergencias, y una situación estable en calle se traduzca en una situación de emergencia social, pero en ese caso se abordaría como cualquier emergencia; se le daría una plaza de emergencia en un centro de acogida de PSH y luego se derivaría por tanto en clave de emergencia (Diego:1:75).*

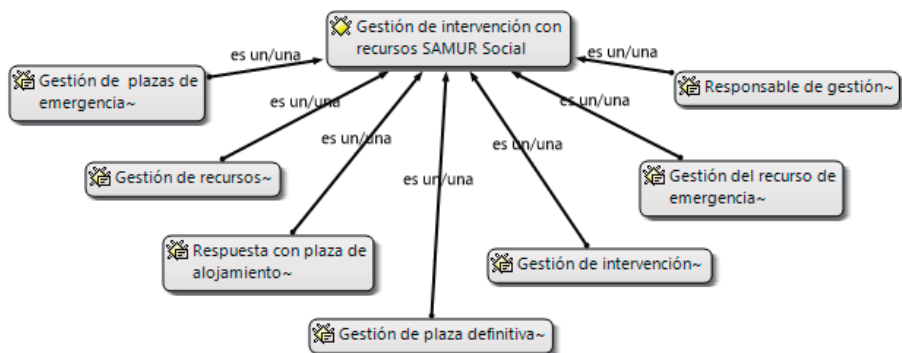


Figura 58. Gestión de la intervención con recursos del SAMUR Social ante las emergencias sociales en la ciudad de Madrid.

En la figura 58 se muestra la categoría “gestión de la intervención con recursos del SAMUR Social ante las emergencias sociales en la ciudad de Madrid” y los atributos correspondientes. El SAMUR Social gestiona los recursos de emergencia, interviniendo *in situ* y derivando siempre a los Servicios Sociales. El SAMUR Social es el responsable del tiempo de estancia en caso de recurso de alojamiento de emergencia, gestiona la intervención de la emergencia social y las necesidades detectadas a través de la respuesta de un recurso como es el caso del alojamiento, aunque finalmente la gestión última la hace la empresa o entidad responsable del recurso. Diego lo se constata en las siguientes citas:

*- Nosotros derivamos y gestionamos la intervención, es decir, el tiempo de estancia y lo que se haga con esa persona en la residencia lo decidimos nosotros, en lo que es la gestión integral de ese recurso, nos corresponde (Diego:1:64).*

*- Yo te diría, nosotros no gestionamos el recurso, es decir, nosotros tenemos recursos que apoyan y complementan la respuesta del SAMUR Social desde el punto de vista técnico. El trabajador social cuando acude a la emergencia valora en este caso una necesidad de alojamiento de esa persona mayor y lo que hace es promover un ingreso de emergencia en una residencia y lo que hace es gestionar la intervención con esa persona mayor, pero no el recurso, el recurso le corresponde a la empresa o a la entidad de esa residencia, nosotros lo que hacemos es valorar la emergencia, derivamos en este caso al recurso que entendemos que se tiene que atender, que es la residencia, pero la gestión del recurso, nosotros no gestionamos el recurso (Diego:1:63).*

Forma parte de la gestión del recurso por el SAMUR Social, la derivación al mismo para que gestione la respuesta a la necesidad social detectada. Como indicador de tiempo de atención a la emergencia, el SAMUR Social tiene una semana, la cual coordina y hace el seguimiento del caso social con los Servicios Sociales de Atención Primaria y el recurso derivado, hasta que se hacen cargo del mismo y el SAMUR Social vuelve a recuperar la plaza de emergencia y deja de hacer el seguimiento. Según Pedro, la labor de gestión del recurso por el SAMUR Social es a través de los profesionales del Trabajo Social y el jefe de la unidad que es el que supervisa y permite que todo fluya con normalidad. Así mismo, la asignación de los recursos para formar parte de la cartera de recursos del SAMUR Social depende del Área de Familia y de Servicios Sociales del

Ayuntamiento de Madrid. El Departamento es el que justifica la necesidad de los recursos y el Área es la que se encarga de la gestión de incorporación a la cartera de recursos. El trabajador social de guardia es el que valora la necesidad social de la emergencia y es el que deriva al recurso más adecuado a su situación, siempre desde la gestión de la emergencia, es decir, una vez haya pasado el periodo de una semana como indicador, generalmente se hace cargo los Servicios Sociales de Atención Primaria del distrito correspondiente que son los responsables últimos. No obstante, el SAMUR Social puede hacer el seguimiento del caso social si se alarga el periodo de una semana de indicador de resolución de la emergencia, como suele pasar en el caso de mayores. Se constata en la siguiente cita:

- No, por eso digo que nosotros no tenemos que gestionar el recurso, nosotros lo que hacemos es gestionar la intervención, por eso si se tomara la decisión de crear una residencia de emergencia, un centro de acogida de emergencia, entonces yo gestionaría el recurso (Diego:1:67).

La gestión última del recurso que responde a las emergencias sociales dependerá de dónde esté empadronado el ciudadano/a, excepto una PSH, entonces dependerá directamente del SAMUR Social o del albergue que le corresponda.

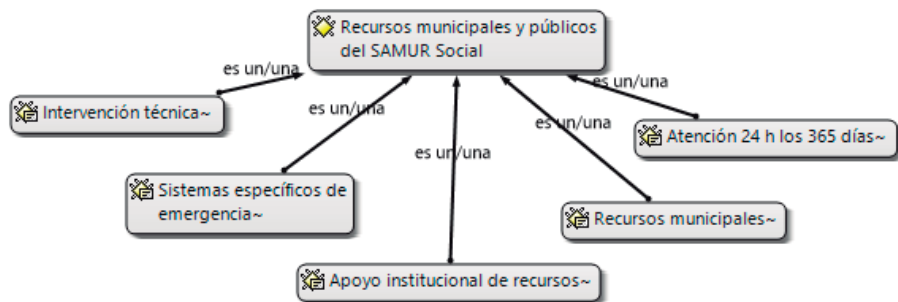


Figura 59. Recursos municipales y públicos del SAMUR Social de Madrid.

En la figura 59 se muestra la categoría “recursos municipales y públicos del SAMUR Social de Madrid” y los atributos correspondientes. Según Diego, la

institución política intenta la sostenibilidad pública municipal, evitando que disminuyan los recursos que responden a las emergencias sociales en las que interviene el servicio. Los recursos del SAMUR Social dan respuesta y están disponibles las 24 horas del día los 365 días del año. La atención es específica y se ofrece una intervención técnica por sus profesionales durante la ocupación de la plaza de emergencia. Se constata en la siguiente cita:

*- SUMMA-112 recibe el aviso de un ciudadano, en este caso que dice que su vecino que tiene 53 años que vive con su madre, él está separado, ese señor parece que está malo, que se ha mareado, que se ha caído y que está en el suelo. Vais vosotros con policía, incluso con bomberos porque la persona mayor está encamada y no puede abrir la puerta y nadie tiene una llave; hay que hacer una apertura de puerta, y el SUMMA-112 se encuentra una persona de 53 años en parada cardíaca; se lo lleva, se activa el SAMUR Social y acudimos al domicilio. Intentamos localizar al resto de familiares; no localizamos a la familia; parece que hay familia pero hay conflicto y, por lo tanto, si hubiera una respuesta familiar no es inmediata. A lo mejor podría haber una respuesta familiar después de una pequeña intervención por nuestra parte pero de inmediato no la hay, por lo tanto, se toma la decisión de trasladar a esta persona a una plaza de residencia de emergencia de la actual red pública de la Comunidad de Madrid de plazas de residencia. Es decir, la Comunidad de Madrid como red autonómica tienen en Madrid una serie de residencias públicas que atienden a las personas mayores pues bien dentro de esas residencias hay varias residencias que tienen reservadas plazas de emergencia. Llamamos a esa residencia y decimos que vamos a llevar a fulanita de tal; lo que sucede es que dependiendo de cómo sea esa fulanita de tal va a una residencia o a otra porque las plazas están ubicadas en las residencias dependiendo de si tienen Alzheimer, personas con discapacidad física o personas válidas. En este caso, llamamos y le decimos a la residencia de Carabanchel que es una de las residencias que tenemos que vamos a trasladar a tal persona, la trasladamos. La residencia lo que va a hacer es darle los mismos servicios básicos y asistenciales que dan al resto de personas; la diferencia entre un residente ingresado en una plaza de residencia y el de la plaza de emergencia es que la intervención técnica la asumimos nosotros. Esa persona está ahí, y seremos nosotros los que seguiremos trabajando con esa persona mayor, es decir, intentando localizar a la familia, hablando con los Servicios Sociales (Diego:1:68).*

Según Diego y Pedro, los recursos del SAMUR Social son principalmente de la Administración Pública, dependiendo del Ayuntamiento de Madrid y de la Comunidad de Madrid, y solamente como entidades privadas tienen la cadena de hoteles NH y ciertos recursos para mujeres con hijos menores, el resto son recursos municipales. Se constata en las siguientes citas:

- Fundamentalmente del Ayuntamiento, la mayoría. No lo tengo muy claro pero todos los que tiene que ver con PSH son municipales, residencias de mayores. Hay dos que son del Ayuntamiento y otra de la Comunidad Autónoma con lo cual es de la Administración Pública también. No tenemos ninguno de ONG, es decir, que quitando la unidad de estancias breves que depende de nuestro servicio municipal, quitando el contrato que tenemos con NH, quitando el contrato que tenemos con el proyecto de Ruth Casanova, que es un recuro para mujeres con hijos menores quitando esos que además son entidades privadas, lo cual tienen un contrato, el resto es Administración Pública (Pedro:2:54).

- Sí, nosotros somos servicios municipales, estamos haciendo un servicio municipal, totalmente municipal, y eso es muy importante por lo que decía anteriormente de la decisión política institucional. Todo el presupuesto y todo el personal o bien es del Ayuntamiento porque somos funcionarios o bien es de la entidad adjudicataria del servicio que se paga con dinero municipal; no hay ninguna aportación económica, ni del Estado ni de la Comunidad Autónoma (Diego:1:62).



Figura 60. Necesidad de ampliación de recursos en el SAMUR Social de Madrid.

En la figura 60 se muestra la categoría “necesidad de ampliación de recursos del SAMUR Social de Madrid” y los atributos correspondientes. Según Diego, la incorporación de recursos que dan respuesta a las emergencias sociales en Madrid por el SAMUR Social van surgiendo de forma progresiva y según la aparición de nuevas necesidades que deben de ser cubiertas, además los procedimientos de intervención conjunta también permiten que se establezcan nuevos recursos. El servicio, en cada procedimiento de intervención que establece con los recursos de la red de Servicios

Sociales, pacta plazas de emergencia de las que puede disponer en su cartera de recursos. Se constata en la siguiente cita:

*- En algunos casos se generan esos recursos como consecuencia de protocolos; por ejemplo, con la Comunidad Autónoma de Madrid, el protocolo de residencia de mayores nos permite contar con las plazas de residencias de mayores a través de los correspondientes contratos de servicios. Tenemos un contrato para tener la Unidad de Familias de Damas Apostólicas, es decir, se va produciendo, en este caso, la incorporación de recursos de forma progresiva, según van surgiendo las necesidades y según vamos viendo la necesidad de poner en marcha esos recursos (Diego:1:59).*

El SAMUR Social considera necesario ampliar las plazas destinadas a PSH que son limitadas y también ampliar las plazas de alojamiento de personas mayores, de acogida de familias y para la población de inmigrantes. Los entrevistados lo constatan en las siguientes citas:

*- Yo, hay dos, fundamentales que es los que nos generan más: por un lado, la atención a PSH y que la red de centros para la atención a PSH pueda ser más amplia, ahí sería uno; y el otro tema sería con los mayores, el tema de los mayores cada vez tenemos muchos más casos, muchas más situaciones de personas mayores en situación de vulnerabilidad, y como te decía habíamos pasado de las cuatro plazas que teníamos iniciales a las dieciséis que tenemos ahora y se nos están quedando insuficientes, deberíamos crecer en recursos para personas mayores, porque tenemos una situación compleja. Compleja por lo que hablábamos: primero porque la situación es complicada, segundo, porque la salida a esos casos se alarga mucho en el tiempo y porque cada vez estamos teniendo más casos (Pedro:2:56).*

*- Unidades de familia, contar con recursos que permitan en este caso la acogida de familias, un mayor número de alojamiento, habría por ahí, sería la guía y población de inmigrantes, básicamente las emergencias que están unidas a la prestación de alojamiento (Diego:1:74).*

El departamento sería el encargado directo de pedir el recurso de manera formal para incorporarlo a la cartera de servicios. Según Pedro, las plazas y los recursos del SAMUR Social ante la situación de crisis se han visto incrementadas, por el aumento de las necesidades en algunos colectivos.



Con respecto a la siguiente pregunta de investigación: *¿cuáles son las fortalezas de los servicios de atención a las emergencias sociales en Valencia (SAUS)?*

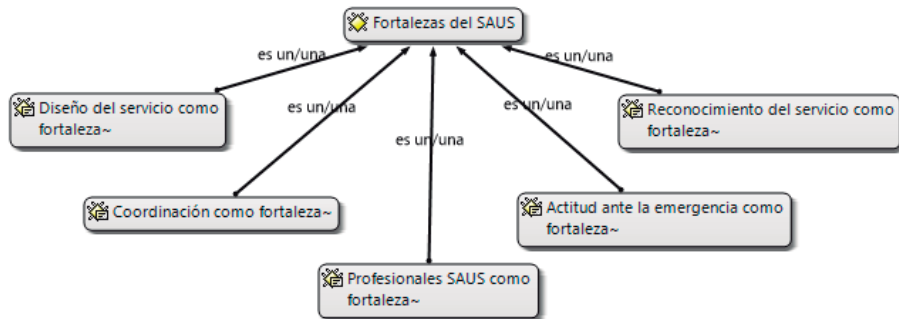


Figura 61. Fortalezas del SAUS como servicio de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia.

En la figura 61 se muestra la categoría “las fortalezas del servicio de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia” y los atributos correspondientes. Según Laura y Guillermo, las fortalezas del SAUS son el equipo de profesionales que valoran las necesidades sociales y realizan la intervención, el diseño del servicio que se implantó en 2011 de nueva creación y el reconocimiento de la labor del SAUS por otros profesionales de la urgencia y emergencia en la ciudad de Valencia. Se constata en la siguiente cita:

*- Como punto fuerte, yo considero el equipo; es un equipo relativamente joven, pero con un grado de experiencia; es un equipo flexible, un equipo en el que se da un buen ambiente de trabajo y esto a veces pues no es fácil de conseguir (Guillermo:4:62).*

Para finalizar, los profesionales parecen tener una capacidad de trabajo importante, orientada al logro y al usuario, presentando una personalidad tranquila, empática y de calidez y en estrecha coordinación. Según Guillermo, los diferentes perfiles profesionales que forman los equipos son complementarios ya que sus diferentes aptitudes suponen una fortaleza a considerar en la intervención ante las emergencias sociales.

La siguiente pregunta de investigación era: *¿cuáles son las fortalezas de los servicios de atención a las emergencias sociales en Madrid (SAMUR Social)?*

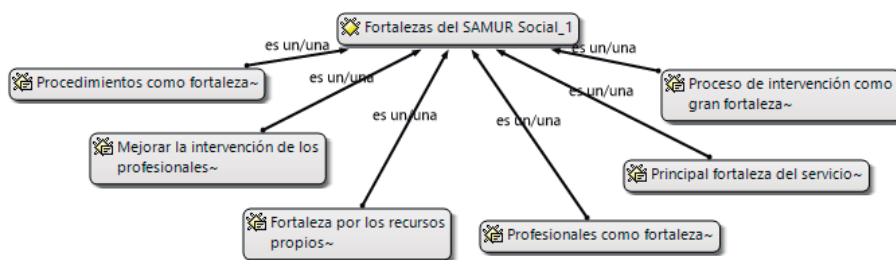


Figura 62. Fortalezas del SAMUR Social como servicio de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Madrid.

En la figura 62 se muestra la categoría “fortalezas del servicio de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Madrid” y los atributos correspondientes. Según Diego, la principal fortaleza del SAMUR Social son los propios profesionales, sobre todo el compromiso y la vocación en la atención. Se constata en la siguiente cita:

*- El principal punto fuerte del SAMUR Social es el grado de compromiso de los profesionales, que es un importante elemento de los trabajadores sociales, de los sanitarios y los educativos, yo creo que eso es un valor y una fortaleza que tenemos los servicios de proximidad o de atención personal y es una de las fortalezas, el compromiso de los profesionales que eso hace compensar muchas de las deficiencias (Diego:1:82).*

Otras de las fortalezas del SAMUR Social es la cartera de recursos que dispone para dar respuesta y gestión de la intervención a la emergencia social, forjando un servicio potente y referente a nivel europeo. Así mismo, otra de las fortalezas es el apoyo institucional y político del Ayuntamiento de Madrid, que al mismo tiempo exige unos resultados al servicio y mantiene una eficiencia de respuesta positiva. Diego lo constata en la siguiente cita:

- La segunda fortaleza evidentemente son los recursos materiales, tenemos una importante red de recursos, tenemos ciento cincuenta profesionales, tenemos las ocho unidades móviles, la unidad de sala. La otra gran fortaleza es el apoyo institucional y político; yo me siento muy apoyado y muy reconocido; es verdad que como contrapartida tengo un nivel de exigencia muy alto por parte del contexto, pero yo creo que es una fortaleza el reconocimiento a nivel político, técnico e institucional o político e institucional (Diego:1:83).

A lo largo de la entrevista se ha hecho mención de todos sus fuertes pero en general los que destacan además de los mencionados son el proceso y la rapidez de intervención y la coordinación con el resto de profesionales de la emergencia, ofreciendo una atención integral biopsicosocial al ciudadano y todo ello desde los procedimientos de intervención conjunta, considerando necesario, según Pedro, formación específica en atención a las emergencias sociales para sus profesionales a modo de especialidad para mejorar la intervención.

Para responder a la pregunta de investigación: *¿por qué es necesaria la intervención y coordinación en emergencias (112)?*



Figura 63. Atención biopsicosocial de emergencia de los Servicios Sanitarios y Sociales.

En la figura 63 se muestra la categoría “atención biopsicosocial de emergencia de los Servicios Sanitarios y Sociales” y los atributos correspondientes. Según Diego, el

hombre es un ser biopsicosocial con triple esfera: biológica, psicológica y social. El entrevistado afirma la necesidad de atención integral cuando surge una emergencia. No obstante, existen emergencias en las que se solapan la afectación de varias esferas: social y sanitaria o psicológica. Se constata en la siguiente cita:

*- Siempre ha habido una gran colaboración entre la red sanitaria y la red de PSH. Siempre hemos constatado el problema sanitario como un factor clave, unido a problemas sociales, por tanto, era una decisión inducida, provocada y obligada. Podemos hacer mucha teorización sobre el abordaje biopsicosocial de que si el hombre o el hombre, la mujer, el ciudadano, somos un ser integral con una dimensión múltiple (Diego:1:18).*

El SAMUR PC trabaja con un modelo integral orientado al paciente, a través de las aptitudes de sus profesionales que trabajan *in situ*: sanitarios y psicólogos, mediante procedimientos conjuntos con el SAMUR Social y otros profesionales de la emergencia, ofreciendo una atención multidisciplinar e integral. Carmen lo constata en la siguiente cita:

*- Se trabaja con un modelo integral, realmente la idea y por el hecho de que estemos trabajando personas de diferente cualificación es justamente dar una intervención para nosotros de calidad en las que se ve que hay diferentes profesionales que cada uno tiene su función, como hablábamos antes, cada uno tiene su función y que todo eso haga en beneficio del ciudadano, realmente el cómo se trabaja en ciertos avisos, en ciertos sucesos va a haber diferentes profesionales y en algunos de ellos, que luego te cuento, sí que tiene sentido que estemos todos, que haya un médico que haya una enfermera, un técnico haya también un psicólogo in situ, realmente es una visión multidisciplinar e integral como beneficio al ciudadano, sobre todo porque se ve la demanda de que esto era necesario; es decir, había una parte que se estaba cubriendo que era la parte puramente sanitaria pero que no era suficiente, y que quedaba luego otra parte que no se cubría o se cubría de aquella manera (Carmen:6:1).*

El SAMUR PC parece ser que ofrece una atención psicológica de emergencia desde hace diez años. El psicólogo de guardia realiza turnos de 24 horas los 365 días al año. Según Violeta, es una figura novedosa en los servicios de emergencias sanitarios y todas las intervenciones están codificadas por números. Además, el psicólogo de guardia interviene junto a los sanitarios del SAMUR PC en coordinación para atender a

pacientes y/o a la familia del paciente, en situaciones en las que van a recibir malas noticias o necesidad de una intervención en crisis. Existe una gran casuística de emergencias codificadas del SAMUR PC que requieren la presencia del psicólogo, ofreciendo una intervención integral y coordinada. Violeta lo constata en la siguiente cita:

*- Pues esencialmente en los duelos. Para los duelos, cuando tenemos paradas cardíacas, donantes en asistolia, hacen todo el apoyo, agresiones sexuales, un duelo o cualquier paciente muy grave van en apoyo, no sólo el duelo precipitado va el psicólogo; y están atendiendo a la familia mientras que nosotros atendemos al paciente; que el paciente fallece, hacen el apoyo al inicio del duelo; que no fallece, les acompañan ellos al hospital para ayudarles a hacer todos los trámites iniciales. Esencialmente en eso y agresiones sexuales van a todas. Maltratos infantiles o niños de riesgo dependiendo de los que quiera el trabajador, y todos los casos graves (Violeta:5:43).*

La intervención que realiza el psicólogo de guardia es una intervención en crisis ante la emergencia, ofreciendo además una labor preventiva de patologías mentales y fomentando la prevención de problemas de salud mental de aquellos acontecimientos traumáticos en los que interviene. La intervención psicológica parece ser necesaria para amortiguar el dolor y el sufrimiento de los acontecimientos negativos de la emergencia, ayudando a afrontar las situaciones difíciles. Carmen lo constata en la siguiente cita:

*- La temprana intervención y su efecto en la prevención de problemas en la salud de las personas que viven un suceso crítico (Carmen:6:37).*

El SAMUR PC realiza intervención psicosocial además de sanitaria a través de sus profesionales, y cuando detectan una emergencia social se comunican y coordinan con el SAMUR Social. Según Carmen, son muchas las casuísticas de intervención socio-sanitaria que requiere la intervención del SAMUR PC y el SAMUR Social, como son las PSH, los maltratos de mayores, un incendio con desalojo de afectados, situaciones sociales con reacciones psicológicas de miedo, angustia emocional, etc. Conjuntamente en los AMV sufridos en Madrid, como fueron los atentados terroristas del 11 de marzo de 2004 o el accidente de Barajas de 2008, se necesitaron

intervenciones sanitarias, psicosociales y en estrecha coordinación con todos los profesionales que intervinieron.

Para finalizar, según las entrevistadas, se afirma la necesidad de una intervención conjunta y coordinada entre el SAUS y el SAMU en las emergencias socio-sanitarias.

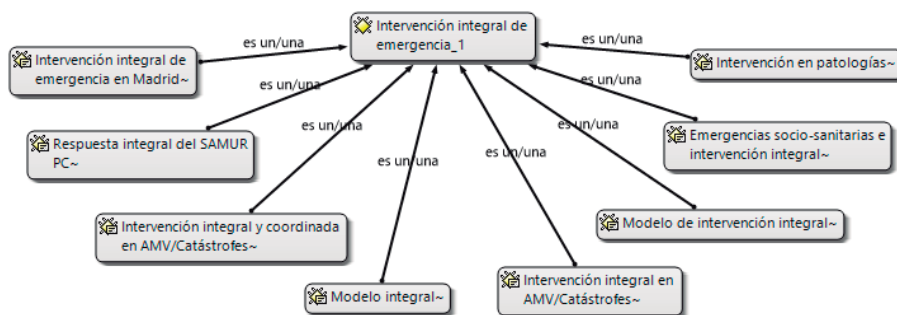


Figura 64. Intervención integral de emergencia de los Servicios Sanitarios y Sociales.

En la figura 64 se muestra la categoría “intervención integral de emergencia de los Servicios Sanitarios y Sociales” y los atributos correspondientes. El SAMUR PC realiza intervención biopsicosocial, con un modelo integral, interviniendo en multitud de emergencias socio-sanitarias con necesidades sociales, realizando un trabajo conjunto con el SAMUR Social.

Según Diego, las patologías que producen deterioro físico, enfermedades mentales, enfermedades crónicas y adicciones, requieren un intervención integral.

Las demandas de cualquier ciudadano/a que requiera intervención integral del SAMUR PC lo puede hacer llamando al 112. Violeta lo constata en la siguiente cita:

- Hay varias formas. Nosotros tenemos dos tipos de demandas: a través del 112 que hace el ciudadano y también la demanda institucional, es decir, en el metro una persona que se cae y a nosotros nos llama el

*del metro a lo mejor; no nos llama el ciudadano, estamos fuera de cobertura; los taxis, nosotros tenemos ojos en Madrid, desde el servicio de taxi, metro, EMT, el servicio de ambulancias, por supuesto policía, bomberos, agentes de movilidad, intentamos dar una respuesta lo que se llama integral, de manera que cualquier cosa que pasa en Madrid; no solo te tiene que llamar un ciudadano/a sino que te puede requerir una de estas instituciones u organizaciones; un 60% de nuestra demanda es ciudadana, pero el resto es institucional (Violeta:5:8).*

Según los entrevistados, cuando surgen emergencias en la ciudad de Madrid en las que se han detectado necesidades sanitarias, sociales y psicológicas de los afectados, además de necesidad de seguridad y protección, se activan de manera coordinada y a través del 112 los servicios de emergencias que ofrecerán una atención integral al ciudadano: SAMUR PC, SAMUR Social, policía local, bomberos, etc. Diego lo constata en la siguiente cita:

*- Un incendio en Villaverde. Se produce por una parte una serie de necesidades de protección y de seguridad; va la policía y los bomberos, van al fuego y acordonan y evacuan; se producen una serie de situaciones de necesidad sanitaria, hay heridos, hay un fallecido y se produce una situación de necesidades sociales, de emergencia; hay que alojar a personas, hay que hacer una apoyo emocional, hay que localizar a familiares. Si queremos como institución, como Administración el Ayuntamiento debe idear una respuesta a la emergencia que siga el concepto, tenemos que dar una respuesta integral (Diego:1:22).*

En las emergencias colectivas y sobre todo en las catástrofes, la intervención es biopsicosocial y se requiere la participación y coordinación de todos los profesionales de la emergencia.



Figura 65. Necesidad de una abordaje integral de las emergencias por los Servicios Sanitarios y Sociales.

En la figura 65 se muestra la categoría “necesidad de un abordaje integral de las emergencias por los Servicios Sanitarios y Sociales” y los atributos correspondientes. Según Violeta, el objetivo de la intervención integral al ciudadano es ofrecer la máxima calidad asistencial. Las emergencias necesitan de atención e intervención mediante una visión integral biopsicosocial y desde una perspectiva socio-sanitaria. El profesional atenderá la necesidad que ponga en riesgo su vida en primera instancia, por ello el SAMUR PC es el que debe de atender toda emergencia sanitaria y cuando la situación que altere la vida del ciudadano por su situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión, detectándose necesidades sociales que generan emergencia social, se necesitará al SAMUR Social como servicio específico de atención a las emergencias sociales. Diego lo constata en la siguiente cita:

*- Por eso cada vez más hay más programas de intervención socio-sanitarios, por ejemplo el abordaje del mayor. Ya no se entiende si ya no es desde una perspectiva socio-sanitaria; el abordaje de PSH no se entiende si no es desde una perspectiva socio-sanitaria; y la emergencia social, mejor dicho la emergencia no se entiende si no es desde una perspectiva integral (Diego:1:21).*

Según Lucía, aquellas emergencias sanitarias atendidas por el SAMU y en las que ha habido una muerte traumática como un atropello mortal o un suicidio consumado, requieren de una intervención psicológica en crisis para la familia, necesitando profesionales de intervención en crisis a cualquier hora del día. Según



Violeta, tanto el médico, el enfermero, el trabajador social y el psicólogo, son profesionales imprescindibles para la intervención integral al ciudadano. Según Diego, las emergencias comprometen necesidades sanitarias, psicológicas y sociales, por lo que requieren de respuestas inmediatas y de una intervención integral en coordinación con los profesionales de la emergencia.

En Valencia ocurren emergencias sanitarias, psicológicas y sociales a cualquier hora del día, siendo necesarios servicios específicos para cada tipo de emergencia. Según Lucía sería necesario un servicio en Valencia de intervención a las emergencias psicosociales 24 horas que actuase en coordinación con el SAMU. Además, afirma la necesidad de ampliar horarios del SAUS a 24 horas, con el fin y el propósito de incrementar la cobertura a los ciudadanos/as.

Parece ser que los ciudadanos no suelen reconocer una emergencia social, y muchas veces demandan asistencia al 112 como una necesidad sanitaria y realmente, según Lucía es una necesidad psicosocial, necesitando respuestas en coordinación con los profesionales de la emergencia. Se constata en las siguientes citas:

*- Porque todo el mundo sabemos que en el ámbito de la emergencia sanitaria hay muchos componentes sociales y que a su vez junto con los componentes sociales van problemas sanitarios (Diego:1:39).*

*- Me gustaría reconocer la importancia de este trabajo, en la medida que puede permitir la visibilización de la emergencia social desde la perspectiva sanitaria y sobre todo la definición de procedimientos coordinados y de trabajo conjunto entre los dos sistemas, entre el Sistema Sanitario y el Sistema Social entendiéndolo que en cualquier situación de emergencia, se producen situaciones de compromiso socio-sanitario y por lo tanto es necesario casarse y trabajar juntos. De alguna forma, este trabajo puede ser una forma de visibilizar y hacer tangible la necesidad de respuestas socio-sanitarias (Diego:1:85).*

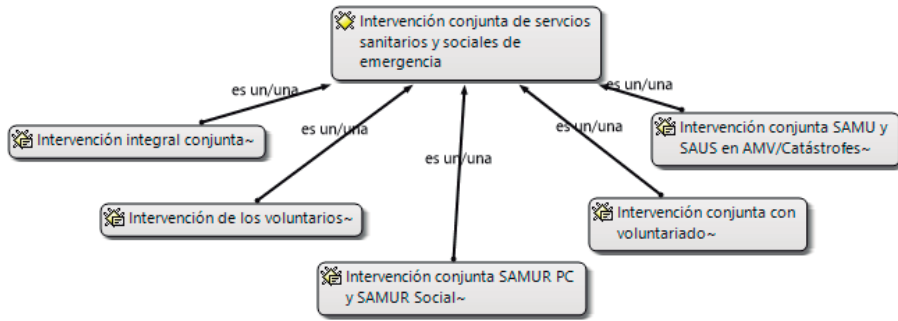


Figura 66. Intervención conjunta de Servicios Sanitarios y Sociales de emergencia.

En la figura 66 se muestra la categoría “intervención conjunta de Servicios Sanitarios y Sociales de emergencia” y los atributos correspondientes. Según Carmen, son muchísimas las casuísticas de intervención socio-sanitaria como son las PSH, los maltratos de mayores, un incendio con desalojo de afectados, situaciones sociales con reacciones psicológicas de miedo, angustia emocional, los AMV, entre otras situaciones. La intervención psicosocial y coordinada se pone en marcha en Madrid desde que se detectó la necesidad de intervención conjunta entre SAMUR PC y SAMUR Social, disponiendo de procedimientos conjuntos que reflejan la importancia de la atención integral al ciudadano. Así mismo, los voluntarios del SAMUR PC realizan muchas funciones no remuneradas, entre ellas está el apoyo psicosocial y sanitario a los profesionales, además de funciones de PC y de valoración de riesgos, por lo que parece ser que son muy rentables para el servicio, ofreciendo una mayor protección a los ciudadanos.

Se tiene la experiencia de activación del SAUS por el SAMU en una emergencia socio-sanitaria con muertes traumáticas y necesidad de intervención en crisis a la hija de un matrimonio fallecido por inhalación de humo en una vivienda vecina a la de la hija. Se hizo una asistencia conjunta por el SAMU y el SAUS y a posteriori han seguido su intervención, ofreciendo una atención integral. Además, en los AMV y catástrofes parece ser que hay una situación de caos generalizado que requiere una intervención

muy organizada por cada uno de los grupos de acción, tanto por policía como por bomberos, sanitarios, trabajadores sociales y psicólogos. Marina lo constata en la siguiente cita:

*- Bueno ahí es indescriptiblemente necesario, porque hay un desconcierto generalizado, a nivel tanto de los que han sufrido el AMV como de todos los familiares que acceden al lugar que ha ocurrido el accidente. Hay personas que han sufrido el accidente que están vivas, que están bien, que a lo mejor no necesitan asistencia médica urgente pero psicológica sí, y también están las familias de las personas que han fallecido o están muy graves después de ese AMV, es necesario para los dos. El acompañamiento social, el mantenerlos informados, porque no es una labor sanitaria, sino más bien social, si tienen que alojarlos en algún hotel. Tanto para las víctimas, como para los familiares de las víctimas y que se sientan protegidos (Marina:7:18).*

Para finalizar, según las entrevistadas el SAMU podría disponer de voluntarios en el servicio como apoyo a las intervenciones y participar en la protección ciudadana en Valencia junto al resto de servicios de emergencia.

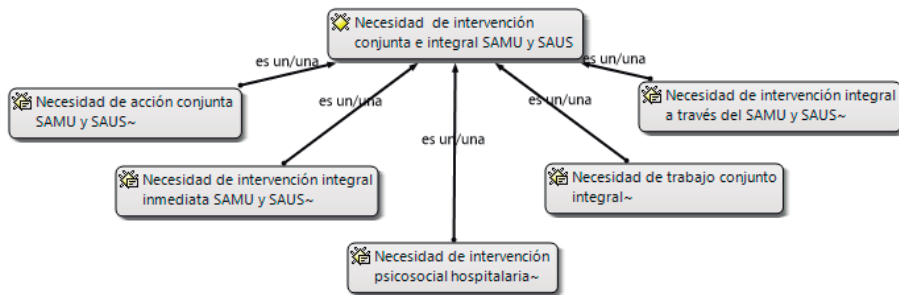


Figura 67. Necesidad de intervención conjunta e integral del SAMU y del SAUS en la ciudad de Valencia.

En la figura 67 se muestra la categoría “necesidad de intervención conjunta e integral del SAMU y del SAUS en la ciudad de Valencia” y los atributos correspondientes. Según Lucía, el SAMU en Valencia como en el resto de la comunidad, atiende como competencia principal las emergencias de índole sanitaria y

médica, donde existe un riesgo vital en el paciente. Las entrevistadas afirman que entre las emergencias sanitarias en las que actúa valoran necesidades psicosociales y situaciones de riesgo social sujetas a intervención *in situ*.

Los profesionales del SAMU necesitarían trabajar de manera conjunta con el SAUS en aquellas emergencias biopsicosociales que ocurren en la ciudad de Valencia. Se constata en la siguiente cita:

*- En cuanto a la necesidad de realizar una acción conjunta del SAMU con el SAUS desde mi labor profesional y la experiencia que yo tengo creo que sería muy importante porque hay un número muy elevado de avisos que atendemos que en un principio nos los pasan como urgencias o emergencias médicas y hay bajo una urgencia social importante. No tenemos esa unión (Marina:7:7).*

Además, las entrevistadas afirman que son muchas las emergencias psicosociales detectadas por el SAMU a cualquier hora del día, considerando necesaria la figura del psicólogo del SAUS con funciones en intervención en crisis y de atención 24 horas todos los días de la semana. Se constata en la siguiente cita:

*- En cuanto a la disposición de un psicólogo de guardia, pues yo creo que se resume un poco lo que he explicado antes de la necesidad de que obviamente existiera un personal de guardia, pero más horas veinticuatro horas, porque emergencias que he puesto como ejemplo, las que he puesto como ejemplo pueden ocurrir a cualquier hora del día, entonces una persona precipitada a las nueve de la mañana aunque estén los servicios sociales en sus centros sociales, no acuden al lugar de la emergencia, entonces personal de guardia que pudiera intervenir en estos momentos de crisis, sería obviamente necesario a cualquier hora. Las emergencias no tienen hora. Entonces ves que el psicólogo, al igual que en el SAMUR PC tienen un psicólogo, obviamente sería indispensable. Un trabajador tiene sus competencias pero un psicólogo en crisis (Marina:7:24).*

Para finalizar, parece ser necesaria la continuidad de la asistencia psicosocial incluso cuando por circunstancias médicas se requiere el traslado hospitalario del paciente con necesidades sociales incluso psicológicas de emergencia. Marina lo constata en la siguiente cita:

- Aquí por ejemplo en el caso que he contado antes de la niña del atropello, por ejemplo el servicio social, la intervención social se necesitaba en el hospital, para la familia de esa niña, entonces igual que se solicita a la policía, se le indica donde tiene que acudir. Otros casos son de personas que estén vivas que tengan un problema social y que vayan a acudir al hospital entonces nosotros también tenemos que decir que esa persona va a quedar ingresada en urgencias y ellos tendrán que ponerse en contacto con el servicio de urgencias (Marina:7:20).

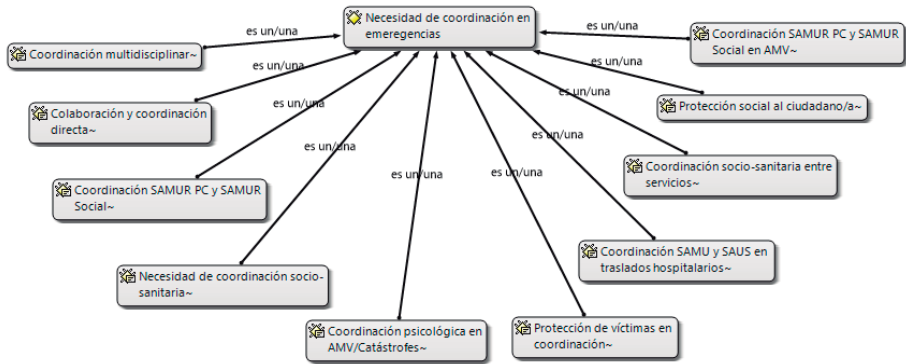


Figura 68. Necesidad de coordinación en emergencias por los Servicios Sanitarios y Sociales en la ciudad de Valencia.

En la figura 68 se muestra la categoría “necesidad de una coordinación en las emergencias por los Servicios Sanitarios y Sociales en la ciudad de Valencia” y los atributos correspondientes. Según Violeta, el SAMUR PC siempre se ha implicado en la valoración e intervención de casos socio-sanitarios, trabajando desde los organismos oficiales para establecer procedimientos de intervención psicosocial y coordinada entre todos los profesionales de la emergencia, ofreciendo la máxima protección al ciudadano. Además, los entrevistados afirman que en las catástrofes ocurridas en Madrid, siempre se ha coordinado e intervenido conjuntamente SAMUR PC y SAMUR Social, como de un equipo multidisciplinar se tratase, siendo imprescindible para la protección e intervención de las víctimas y sus familias.

EL SAMUR PC cuando requiere trasladar a su paciente al hospital y presenta necesidades sociales de emergencia, contacta con el SAMUR Social vía telefónica y se

coordinan a través de las centrales de ambos servicios. Violeta lo constata en la siguiente cita:

*- Si el SAMUR Social se pone en contacto con el hospital, pero no va con nosotros; nosotros lo notificamos, luego llaman al hospital, hablan con el trabajador social del hospital (Violeta:5:40).*

Parece ser que el SAMUR PC y el SAMUR Social trabajan en colaboración y en coordinación todos los días. Son los responsables del servicio los que se comunican a través de reuniones conjuntas, llamadas telefónicas o correos electrónicos para favorecer una intervención de calidad por sus profesionales. Violeta lo constata en la siguiente cita:

*- Claro, estamos trabajando en colaboración directa todos los días (Violeta:5:53).*

Según Guillermo y Lucía, las emergencias que ocurren en la ciudad de Valencia pueden ser sanitarias, sociales, psicológicas, de necesidad de seguridad, etc. Por lo que afirman que los profesionales que intervienen en ellas deberían trabajar de manera coordinada para ofrecer una intervención integral al ciudadano.

Marina considera necesaria una coordinación entre el SAMU y las urgencias hospitalarias en casos socio-sanitarios en los que se ha activado al SAUS o se ha requerido su presencia, necesitando la continuidad asistencial psicosocial en el hospital. Se constata en la siguiente cita:

*- Pero sí que es importante que la gente que nosotros trasladamos, que ellos también les siguieran hasta una vez llegan al hospital y una vez dentro del hospital (Marina:7:21).*

Según los entrevistados, la intervención conjunta entre Servicios Sociales y Sanitarios de emergencia y en estrecha coordinación, ofrece una protección al ciudadano de manera integral y multidisciplinar.

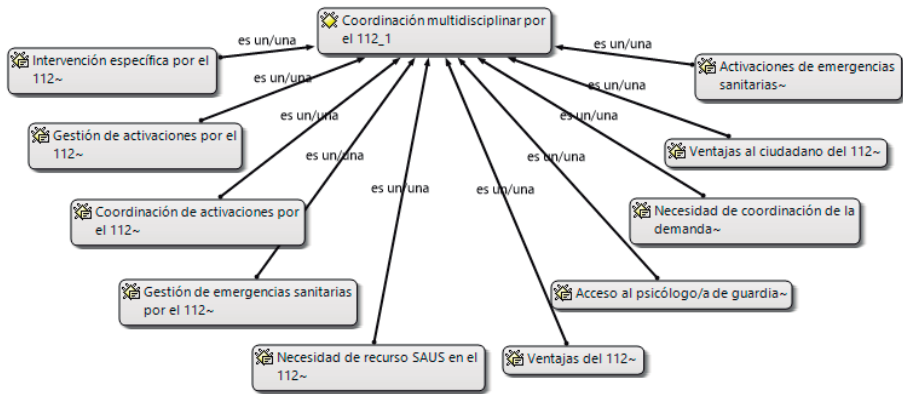


Figura 69. Coordinación multidisciplinaria por el 112 ante las emergencias.

En la figura 69 se muestra la categoría “necesidad de una coordinación multidisciplinaria por el 112 ante las emergencias” y los atributos correspondientes. Según Carmen, el 112 realiza una gestión de la llamada del ciudadano como alertante ante cualquier tipo de emergencia, sea la que sea independientemente del motivo que la haya generado, facilitando el 112 la respuesta y activando al recurso correspondiente. Además, el teléfono de emergencias 112 responde según la necesidad, ya sea de policía, sanitarios o bomberos, incluso todos juntos si es necesaria la actuación conjunta, facilitando la activación de los grupos de acción concertados en la plataforma 112 y respondiendo a la petición de ayuda del alertante. Se constata en la siguiente cita:

*- Yo creo que hay una gestión rápida de la llamada, hay personal cualificado para ello, y sobre todo es el acceder a todos los recursos de emergencias en una llamada, es decir tú llamas al 112 y estás llamando a todos los servicios realmente. Es como exponer tu problema, un ciudadano que no sabe qué le pasa y él le da una solución y además una solución rápida es una solución realmente rápida (Carmen:6:10).*

La intervención del SAMUR Social por el 112 es fundamental, según Pedro, ya que hace de filtro de la emergencia, es decir, activa al servicio correspondiente según la demanda del alertante o ciudadano que hace uso del teléfono. Se constata en las siguientes citas:

- *Es una ventaja y yo creo que las ventajas son muchísimas. Desde que alguien tiene un problema de salud, alguien está viendo un incendio, o alguien, es decir no se tienen que preocupar de nada, simplemente de decir que es lo que ha sucedido y ya el 112 se va a encargar de todo lo demás, con lo cual es fundamental. Para los servicios como te decía, además, es bueno porque el 112 va a filtrar (Pedro:2:20).*

- *Sí, que el 112 es un organismo autónomo, no tiene nada que ver con nosotros, pertenece a la Comunidad de Madrid. Entonces, el 112 está externalizado, es autónomo y gestiona todas las emergencias que pasan en la Comunidad Autónoma, tú llamas al 112 desde cualquier punto de la Comunidad y ellos te van a derivar, ellos trabajan también bajo un árbol de decisiones y de protocolos; es decir, que si estás en Villanueva del Pardillo, y tienes un incendio te van a derivar a los bomberos de la Comunidad de Madrid; si estás en Madrid y te has caído dentro de casa y tienen que derribar la puerta te van a derivar a los bomberos del ayuntamiento, a los bomberos de la ciudad y al SAMUR y al SAMUR Social probablemente, nos van a pasar la llamada a los tres, y nos vamos a presentar los tres recursos, bomberos, con una ambulancia en la puerta para atender a esa persona, y con un trabajador social para dar respuesta al problema que tenga. Cuando hay una apertura de puerta normalmente hay un problema social detrás (Violeta:5:10).*

Según Violeta, las activaciones sanitarias del SAMUR PC en la ciudad de Madrid se reciben a través del 112 en un 60% de los casos, el resto es a través de profesionales de la emergencia o de instituciones como el metro o los autobuses, ya que disponen del teléfono directo. Además, a través del 112 puede acceder cualquier ciudadano en Madrid al psicólogo del servicio si el motivo de activación es la atención psicológica de emergencias, codificada y con procedimientos específicos de intervención.

En la ciudad de Valencia, según Lucía, al SAMU se puede acceder por cualquier ciudadano que llame al 112 y exponga sus necesidades de índole sanitaria. El 112 remitirá la demanda sanitaria al CICU y éste activará al SAMU más cercano por isócrona y disponibilidad. Parece ser que el SAUS no es un servicio al que se le pueda activar a través del 112, afirmando las entrevistadas la necesidad de incluir el servicio en la plataforma 112.



El centro del 112 de Madrid, puede activar al SAMUR Social, SAMUR PC, SUMMA-112, etc., desde la plataforma de emergencia, disponiendo de unos ítems de motivos de activación a cada servicio.

Con respecto a la pregunta de investigación: *¿por qué son útiles los procedimientos o protocolos de actuación en emergencias?*

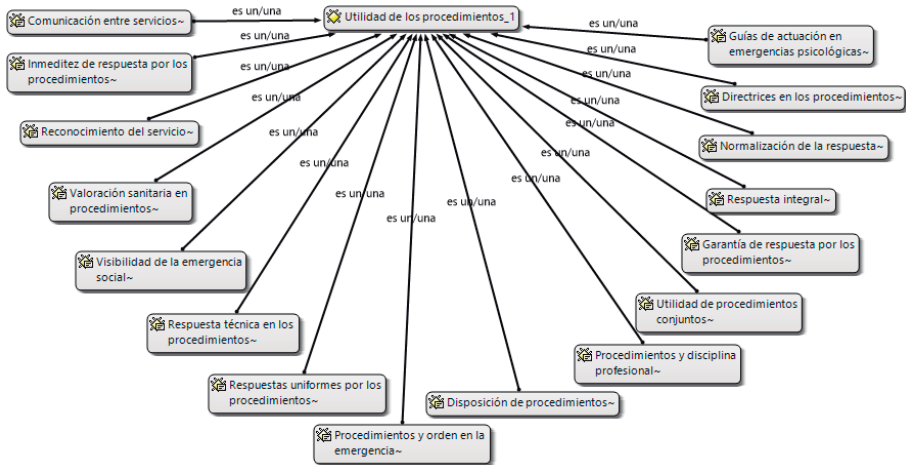


Figura 70. Utilidad de los procedimientos en la intervención de las emergencias.

En la figura 70 se muestra la categoría “utilidad de los procedimientos en la intervención de las emergencias” y los atributos correspondientes. Según los entrevistados de los servicios de emergencia SAMUR Social y SAMUR PC de Madrid, SAMU y SAUS de Valencia, afirman que disponer de unos procedimientos de intervención, guían las actuaciones y facilitan su resolución. Según Diego, los protocolos tanto internos como externos permiten una seguridad de respuesta ante las mismas tareas, necesidades y emergencias que se detecten e intervengan, garantizando la respuesta. Además, considera que los procedimientos necesitan unas directrices para obtener los mejores resultados en la actuación y evitar actuaciones subjetivas.

Los procedimientos de intervención en el SAMUR PC generan disciplina de actuación en los profesionales, orientados a una calidad asistencial y a la evidencia científica. Se constata en la siguiente cita:

*- Sí, a través de un protocolo, y eso genera una disciplina del profesional. Cuáles serían esos, la orientación al cliente, la orientación a la evidencia científica y la disciplina. La disciplina en el sentido amplio, sabes, la gente sabe que esas son las normas y las tiene que cumplir e intenta cumplirlas (Violeta:5:66).*

Según Violeta, el SAMUR PC dispone de procedimientos socio-sanitarios imprescindibles para la intervención, ofreciendo una respuesta uniforme independientemente del profesional que intervenga. Además, los procedimientos suponen indicadores del desempeño para poder valorar el servicio como un sistema de calidad. Ante las emergencias psicológicas, los psicólogos del servicio también disponen de procedimientos.

Para Diego, introducir los protocolos en el servicio del SAMUR Social, supuso normalizar la respuesta ante las emergencias sociales e incorporar la cultura de la emergencia, dándole mayor prestigio al servicio como respondedor de cualquier situación que requiera de valoración e intervención social. Además, el servicio presenta para su organización y modo de trabajar, protocolos internos, externos y de intervención conjunta con el resto de servicios de emergencia en la ciudad de Madrid, pretendiendo dar una respuesta uniforme al usuario y evitando conflictos al profesional. El entrevistado afirma que todos los procedimientos indican las responsabilidades a cumplir, los pasos a llevar a cabo para facilitar la intervención frente a la emergencia social, asegurando una respuesta inmediata y técnica, además de organizada.

Según Diego, los protocolos de intervención conjunta entre el SAMUR Social y el SAMUR PC proporcionan una atención integral biopsicosocial al ciudadano/a asegurando una respuesta a través de ambos servicios. Además, el SAMUR Social siempre en sus anexos incorpora el modo de comunicación directa y un sistema de

respuesta a las incidencias entre ambos servicios de intervención conjunta para facilitar la actuación. Así mismo, los procedimientos conjuntos hacen visible la emergencia social, detectando necesidades según el servicio de emergencia que incorpore el trabajo conjunto. Se constata en la siguiente cita:

*- Por tanto, el protocolo lo que nos permite es tener la seguridad de contar con recursos externos ante la necesidad de su intervención y, en definitiva, los protocolos lo que nos van a permitir, es dar una respuesta mucho más integral y estable a las necesidades que se puedan producir sobre todo estabilizar, estabilización; un protocolo se hace, se firma y ya está (Diego:1:7).*

Lucía añade que es necesario disponer de un procedimiento de actuación conjunta entre el SAMU y el SAUS para optimizar el tiempo intervención ante una emergencia social, ya que la emergencia requiere inmediatez de respuesta. Se constata en la siguiente cita:

*- Fantástico, como todos los protocolos, en el momento que existe un protocolo, es muchísimo más fácil. Es como tocar una tecla. Tocas el botón rojo y sabes lo que hay; tú tienes un código verde, naranja, rojo, como un triaje y tú sabes ya lo que hay; sería muchísimo más rápido (Lucía:8:15).*

Según Laura, los procedimientos individuales en el SAUS, permiten mejorar el servicio y dar una respuesta al ciudadano reflexionada, trabajada y bien diseñada previamente, garantizando la intervención ante la emergencia social que ha activado al servicio. Además, según Guillermo, el equipo del SAUS siempre ante cualquier emergencia social que interviene *in situ*, va a valorar y determinar si el usuario necesita una actuación sanitaria de urgencia o emergencia.

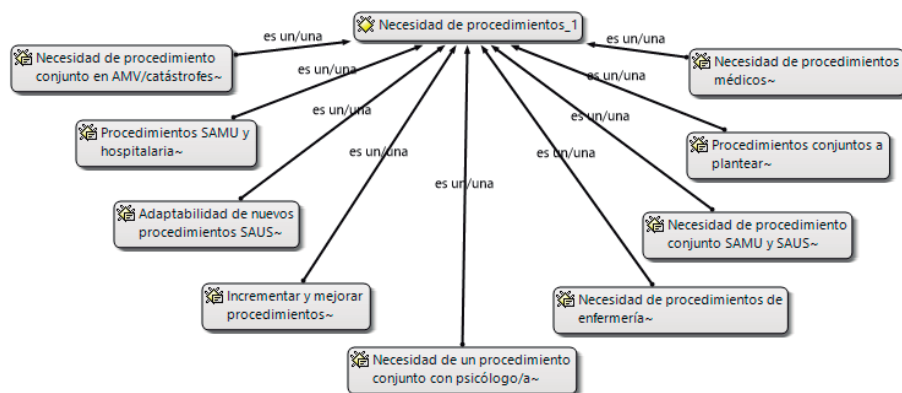


Figura 71. Necesidad de procedimientos en los servicios de emergencias de Valencia.

En la figura 71 se muestra la categoría “necesidad de procedimientos en los servicios de emergencias de Valencia” y los atributos correspondientes. Según los entrevistados, el SAUS está abierto a realizar nuevos procedimientos ante nuevos escenarios, como son las intervenciones conjuntas con el SAMU. Según Laura, sería necesario un procedimiento conjunto entre el SAUS y el SAMU que estableciese competencias y responsabilidad de cada servicio y los pasos a seguir para facilitar la intervención de aquellas situaciones de emergencia en las que se interviene conjuntamente. Además, Marina también considera necesario un procedimiento conjunto del SAMU y el SAUS para ofrecer una respuesta integral en Valencia. Se constata en las siguientes citas:

- *Por supuesto, como una guía que hemos hablado. Sería la necesidad de que estuvieran metidos en uno de nuestros protocolos (Marina:7:9).*

- *De hecho, en los protocolos de AMV y en los protocolos de los PTEs, igual que hay un funcionamiento de un grupo de asistencia de bomberos, de forenses, hay un grupo de psicólogos. Y creo que también habría que disponer de un protocolo conjunto de sanitarios en casos de psicólogos por ejemplo (Marina:7:25).*

Según los entrevistados, los procedimientos conjuntos se deben de plantear para mejorar y ofrecer una atención integral, además de considerar necesario incrementar los existentes y mejorarlos.

Según Lucía y Marina, sería necesario un procedimiento conjunto con el psicólogo del SAUS ante aquellas emergencias psicológicas y de intervención en crisis en las que interviene el SAMU.

El SAMU parece ser que no dispone de procedimientos de intervención. Se constata en la siguiente cita:

*- Yo recuerdo que había unas carpetas por ahí hace diez años por las bases, porque existían, no sé si la hizo, porque no lo sé; yo siempre he sido enfermera de mirarse los protocolos en los servicios donde llegas y si existía algunos tochos y no sé de donde salieron ni dónde fueron a parar, desaparecieron (Lucía:8:4).*

Para finalizar, según Lucía, serían necesarios procedimientos socio-sanitarios entre el SAMU y el hospital para poder ofrecer una continuidad asistencial.

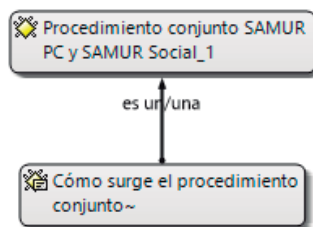


Figura 72. Procedimiento conjunto entre el SAMUR PC y el SAMUR Social en Madrid.

En la figura 72 se muestra la categoría “procedimiento conjunto entre el SAMUR PC y el SAMUR Social en Madrid” y los atributos correspondientes. Según Violeta, el procedimiento surge desde la necesidad detectada por los trabajadores cuando extralimita sus competencias y necesitan que intervenga el servicio específico. Se constata en la siguiente cita:

- Surge de los propios profesionales, en concreto; por ejemplo, te puedo hablar de los protocolos que tenemos de infantiles y de mayores, pues surge que los propios profesionales cuando vas a atender a un padre intoxicado en un parque con un bebe y a las dos de la mañana la incertidumbre de que va a ocurrir con este niño, este niño; no está bien protegido, hay que hablar con la policía, será peor se lo van a llevar al Centro de Acogida, será peor para él, surge de eso, y surge desde abajo, es decir, gente más sensible a ese tema, contacta con sus responsables, con el responsable de enfermería en este caso fue, que en ese momento era yo, con el de maltrato infantil y ancianos y me pongo en contacto con las personas de SAMUR Social que están a mi nivel, a mis homólogos y hablamos, pues podríamos hacer un protocolo conjunto, lo elaboramos y empezamos a funcionar de una manera un poco, por supuesto con el beneplácito del subdirector nuestro y eso luego ya se elevó a instancias políticas y se hizo de una forma totalmente oficial, a través de las dos concejalías, toda estructura política aquí tiene su peso, pero se empezó desde abajo como una necesidad que detectan los propios profesionales, y qué pasa con este niño, qué hago, lo tengo que denunciar, es que no lo sé, eso, en este servicio afortunadamente se da impulso a iniciativas de la parte... (Violeta:5:11).

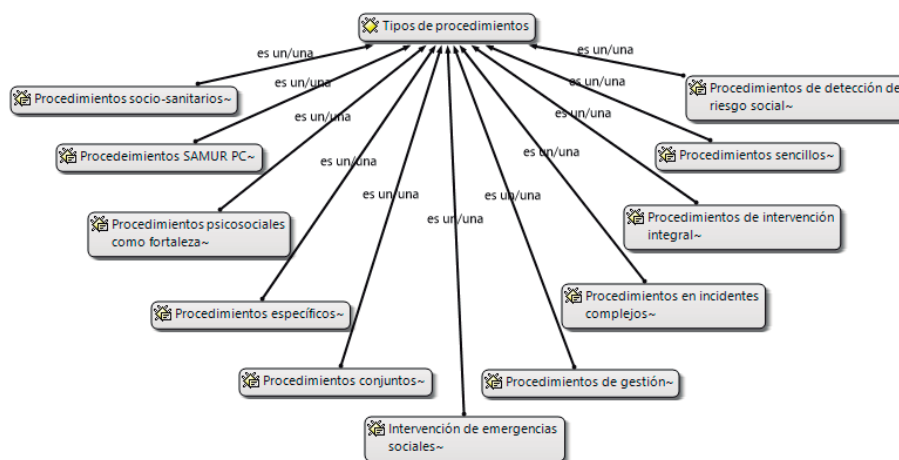


Figura 73. Tipos de procedimientos de los servicios de emergencias.

En la figura 73 se muestra la categoría “tipos de procedimientos de los servicios de emergencias” y los atributos correspondientes. Según Violeta y Carmen del SAMUR PC, el servicio dispone de procedimientos socio-sanitarios imprescindibles para la intervención integral, además de procedimientos psicossociales, de detección de riesgo

social en casos de menores y mayores, y procedimientos de intervención conjunta con el SAMUR Social. Se constata en las siguientes citas:

*- Los protocolos para nosotros es la guía esencia del servicio, es como la Biblia entre comillas, por los protocolos se mide todo aquí, y los vamos actualizando constantemente, pero cualquier persona que entra aquí a trabajar sabe a qué atenerse ante cualquier situación, no solo una sanitaria, como pueda ser un infarto o un politraumatizado sino otras también otras de índole psicosocial o social como pueda ser ante un maltrato infantil, una agresión sexual, una violencia de género, una persona sin techo, una persona de su domicilio que no tiene ayuda y que nosotros vamos a atender (Violeta:5:3).*

*- Como te he dicho, nosotros tenemos protocolos especiales en violencia de género, maltrato infantil, o niños de riesgo social, riesgo social para ancianos, maltrato a ancianos, agresión sexual, personas sin techo, aperturas de puerta esa es la cartera que nosotros... pero en general cualquier situación social que detectemos (Violeta:5:54).*

Según Pedro, el procedimiento de intervención conjunta en incidentes complejos marca claramente la intervención de cada profesional que intervenga, en cuanto al servicio si es sanitario, social, etc., afirmando que son fundamentales los procedimientos, tanto internos como externos, y especialmente los de intervención conjunta con otros profesionales como el SAMUR PC. Se constata en la siguiente cita:

*- Totalmente necesarios, los procedimientos y protocolos totalmente necesarios, yo creo que no podríamos mantener el servicio sin unos procedimientos, primero los procedimientos internos, que todo el mundo sepamos las cosas básicas que tenemos que hacer, fundamental con turnos de mañana, tarde, noche, fines de semana y que la gente tengan todos un guión de por donde tenemos que ir, pero es que luego además cuando trabajas obligatoriamente ante una situación de emergencia donde están implicados los otros servicios, como policía, como bomberos, como SAMUR PC, como suma, como cualquiera, evidentemente tienes que tener unos procedimientos con ellos para saber cuál va a ser tu espacio, cuál va a ser tu momento y cuáles van a ser tus funciones y que les puedes pedir a unos y que te pueden pedir a ti, eso es fundamental (Pedro:2:14).*

*- Entonces está ese procedimiento y dice y clarifica, es sencillo, porque yo creo que los procedimientos deben de ser sencillos, no deben de ser ...porque te pones a escribir hojas y puedes hacer un procedimiento de veinticinco hojas, tiene que ser algo sencillo, concreto y luego ya cada uno desarrollará. Pero sí que marque claramente cuál es la intervención y el puesto de cada uno y la*

*responsabilidad de cada uno de los servicios, eso organizativamente es fundamental, sino sería muy difícil y complejo trabajar la emergencia sin procedimientos ni protocolos de actuación (Pedro:2:17).*

Para Guillermo, los procedimientos generales del SAUS son útiles para la organización interna del servicio, asegurando un buen funcionamiento, y los procedimientos específicos sirven de guía de actuación a los profesionales, facilitándoles la resolución de la emergencia.

Concluyendo, podemos decir que los servicios de emergencias sociales son servicios específicos de atención a las necesidades sociales y situaciones de emergencia social en colectivos vulnerables. La intervención social se realiza *in situ*, requiriendo como paso previo la activación del servicio por un teléfono universal como es el 112 o teléfono directo por otros servicios de emergencias como son los sanitarios, debiendo estar disponibles a cualquier hora del día, ya que la emergencia es una situación imprevista. El trabajador social es la figura clave de intervención ante las emergencias sociales. La cartera de recursos para dar respuesta a la situación de emergencia social debe de ser amplia y permitir responder a cualquier necesidad social valorada. Los servicios de emergencias sanitarios son unos detectores de prestigio de necesidades sociales de emergencia, necesitando trabajar conjuntamente con los servicios de emergencias sociales, a través de procedimientos de intervención conjuntos, asegurando la respuesta integral y coordinada al ciudadano.

A continuación exponemos el caso de Silveria y su intervención. El 13 de abril de 2013 en la ciudad de Madrid, Antonio de 85 años, el marido de Silveria de 86 años sufre una emergencia sanitaria, llama al 112 y una unidad móvil del SUMMA-112 acude al domicilio del matrimonio octogenario. Silveria sufre la enfermedad de Alzheimer y un gran deterioro cognitivo, situación de dependencia cuyo cuidador principal es su marido. No tienen hijos pero sí de unos sobrinos que pretenden colaborar, no pudiéndose hacer cargo del cuidado directo. El SUMMA-112 detectará una emergencia social en Silveria activando al SAMUR Social, éste derivará el caso a los Servicios Sociales además de hacer su intervención de emergencia, procediendo al



recurso de plaza de emergencia de la Residencia Sol, donde transcurrido el plazo pasará a ocupar una plaza definitiva como consecuencia del fallecimiento de Antonio, su principal cuidador.

En el siguiente esquema de la figura 74 exponemos la intervención realizada por los servicios de emergencias SUMMA-112 y SAMUR Social, la atención de los Servicios Sociales y de la Residencia Sol.

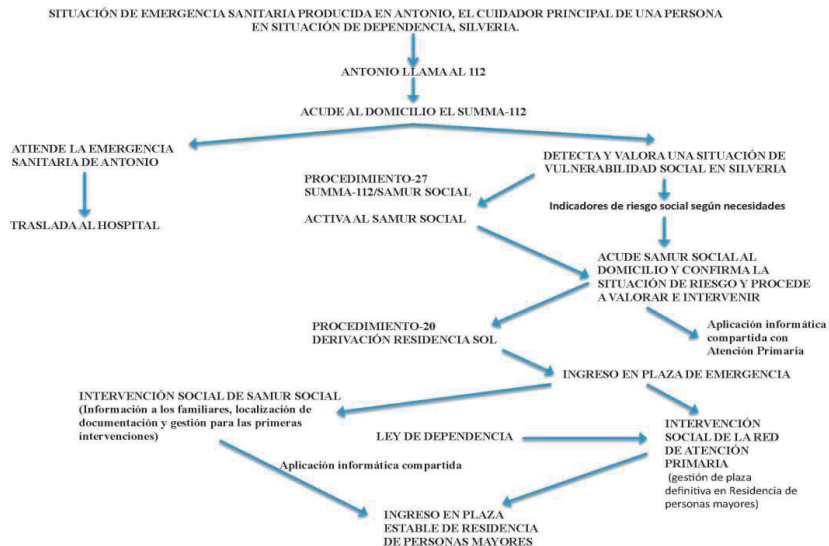


Figura 74. Esquema de la intervención socio-sanitaria con Silveria.

Las categorías del análisis cualitativo que representamos en los resultados son las siguientes: emergencia social, colectivos vulnerables y mayores vulnerables, intervención del SUMMA-112 y SAMUR Social, recursos del SAMUR Social, fortalezas del SAMUR Social, intervención integral y coordinación, y utilidad de los procedimientos. En las matrices cualitativas (ver anexo 9) del caso Silveria se ofrece una visión general de cada una de las categorías y sus citas correspondientes, además de un código cromático según ponderación en su interpretación.

Exponemos cada una de las preguntas de investigación del estudio y los resultados del análisis:

Según la pregunta de investigación: *¿qué situaciones son generadoras de emergencias sociales (necesidades sociales) y quiénes las detectan?*

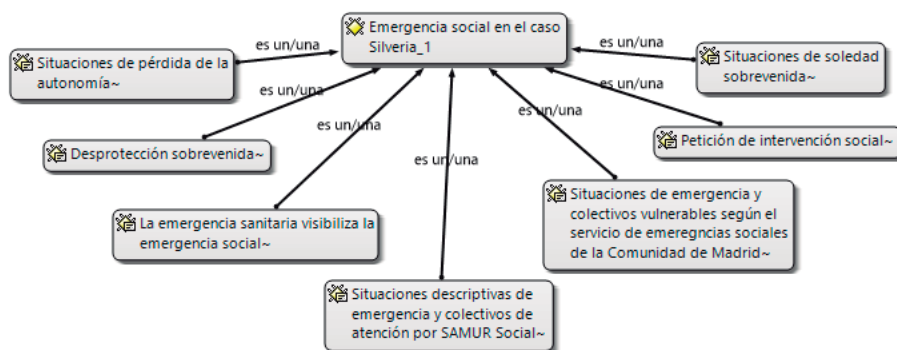


Figura 75. La emergencia sanitaria como detectora de emergencia social por el SUMMA-112 en el caso Silveria.

En la figura 75 se muestra la categoría de emergencia social y los atributos correspondientes. El equipo sanitario del SUMMA-112 detecta una emergencia social en Silveria como consecuencia de la emergencia sanitaria de Antonio, valorando una situación de soledad sobrevenida a persona en situación de dependencia, y la necesidad de acompañamiento y cuidados para las ABVD durante la ausencia de Antonio. Se puede afirmar que la emergencia sanitaria hace visible la emergencia social. Se constata en las siguientes citas:

*- En el domicilio, además, se encuentra su esposa Silveria de 86 años, la cual, está encamada y no hay posibilidades de comunicación. Se procede por el equipo de profesionales del SUMMA-112 a una valoración de necesidades sociales de emergencia. Silveria responde de forma incoherente a preguntas básicas como el día en*

el que nos encontramos, la hora, cómo se encuentra, etc... Se trata de una persona dependiente que presenta un importante deterioro cognitivo y está diagnosticada de Alzheimer. El cuidador principal de Silveria es Antonio, y éste requiere un traslado al hospital por el SUMMA-112 por su situación de emergencia, quedándose Silveria en una situación de soledad sobrevenida (9:3).

- La situación objetiva de una emergencia sanitaria genera, de forma paralela, una situación de emergencia social (9:5).

El SUMMA-112 a través del procedimiento conjunto con el SAMUR Social activa al servicio, recibiendo el SAMUR Social información de la central a través de la aplicación informática de la red de Atención Primaria social consultada, en la que se indica que el matrimonio de mayores (Silveria y Antonio) no tienen hijos y los únicos familiares son unos sobrinos. Contactan con ellos telefónicamente y les informan de la situación de su tía, respondiendo que no se pueden hacer cargo de la misma pero sí de colaborar en gestiones.

Según la pregunta de investigación: *¿qué colectivos son más vulnerables y presentan mayor riesgo de exclusión favoreciendo las emergencias sociales?*

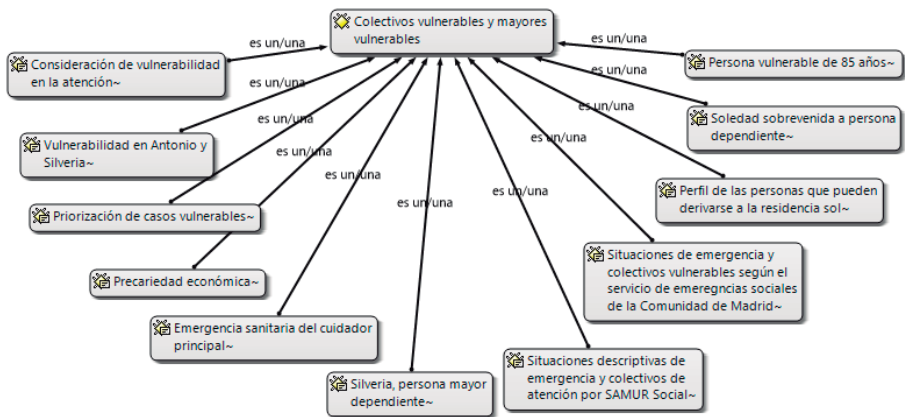


Figura 76. Colectivos vulnerables y mayores vulnerables en el caso Silveria.

En la figura 76 se muestra la categoría de colectivos vulnerables y mayores vulnerables y los atributos correspondientes. El matrimonio de personas mayores, de más de 80 años presenta una situación de gran vulnerabilidad social por la edad y la falta de salud entre otros factores, además de recibir unos ingresos limitados que les ha permitido vivir con un cierto grado de autonomía. Se puede constatar en la siguiente cita:

- *Sin lugar a dudas, nos encontramos ante una situación de gran vulnerabilidad social, ya que se trata de un matrimonio de personas mayores, de más de 80 años y por tanto, se suman diferentes factores de vulnerabilidad: la edad, la salud, la precariedad en relaciones socio-familiares, precariedad económica... (9:21).*

Silveria, tras el traslado de Antonio por el SUMMA-112 al hospital, sufre una situación de desprotección sobrevenida al quedarse sin la compañía y cuidados de su cuidador principal. Tras la llegada al domicilio por SAMUR Social y hacer la valoración de necesidades de emergencia en Silveria, el trabajador social valora la derivación a la Residencia Sol del Ayuntamiento de Madrid a través del procedimiento de derivación al recurso de plaza de emergencia. Durante la estancia de las personas mayores vulnerables en plaza de emergencia de la residencia, como es el caso de Silveria, SAMUR Social estará presente en ciertas visitas por familiares (tras petición de la residencia) ante el peligro de manipulaciones al usuario, considerando la vulnerabilidad en la atención.

Según la pregunta de investigación: *¿cómo interviene el SUMMA-112 ante las emergencias sociales en Madrid?*

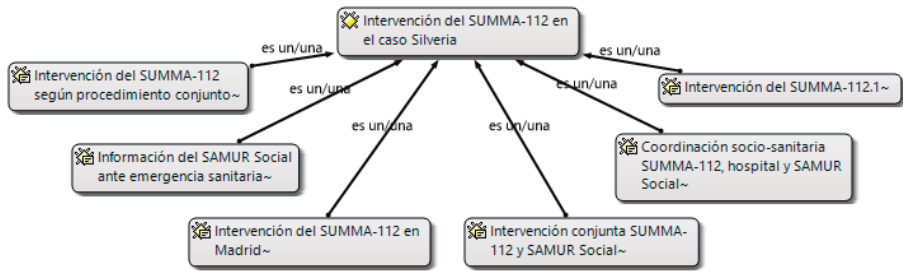


Figura 77. Intervención del SUMMA-112 en el caso Silveria.

En la figura 77 se muestra la categoría de la intervención del SUMMA-112 en el caso Silveria y los atributos correspondientes. Antonio indica al 112 que le duele el pecho, se siente mal y tiene dificultad para respirar. El SUMMA-112 recibe el aviso, activándose una unidad móvil de intervención sanitaria en SVA con personal médico, enfermería y TES que acuden al domicilio. Los profesionales sanitarios asisten al paciente, haciendo una anamnesis y exploración, toma de constantes y diagnóstico médico que requiere traslado hospitalario iniciando el tratamiento en el domicilio. Proceden al traslado del hospital de referencia. Además, el equipo sanitario detecta necesidades sociales de emergencia en Silveria, valorando una situación de desprotección sobrevenida como consecuencia de trasladar al hospital a su esposo y cuidador principal. Los profesionales del SUMMA-112 activan al SAMUR Social desde el propio domicilio, a través del procedimiento 27 de actuación conjunta. Como la emergencia sanitaria del cuidador principal de Silveria requiere de traslado inmediato al hospital, el SUMMA-112 contacta con los vecinos haciéndose cargo de Silveria hasta la llegada del SAMUR Social. Si no hubiese sido posible la compañía de Silveria por sus vecinos, la hubiesen trasladado también al hospital y allí acudirían el SAMUR Social para hacer su valoración e intervención. Se constata en la siguiente cita:

- *En este sentido, esta situación de necesidades sociales de emergencia detectadas generó la necesidad de activación de un servicio social de emergencia para dar respuesta, en primera instancia, a la situación de desprotección sobrevenida. Se*

procede, por parte del SUMMA-112, a la activación del SAMUR Social que acude y valora la situación social de la persona mayor dependiente (Silveria). Esto se realiza en el marco del procedimiento 27 de actuación conjunta del SUMMA-112 y SAMUR Social (9:7).

Según la pregunta de investigación: *¿cómo interviene el SAMUR ante las emergencias sociales en Madrid?*

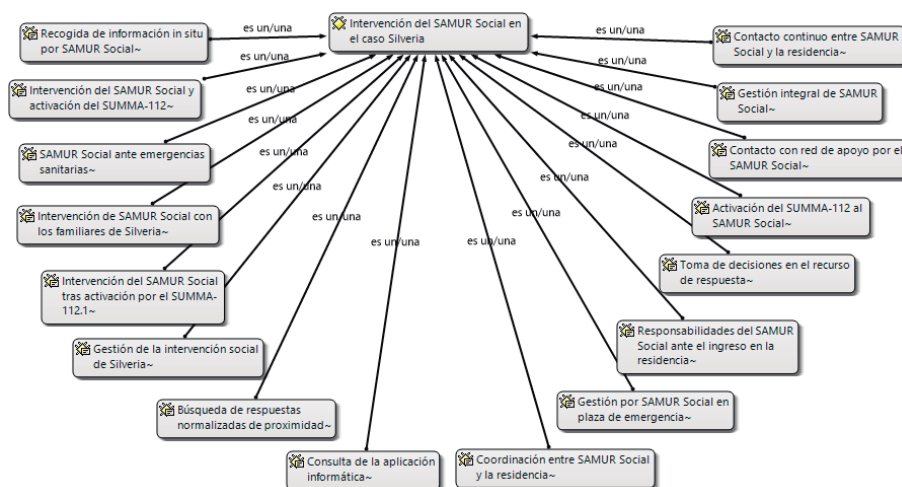


Figura 78. Intervención del SAMUR Social en el caso Silveria.

En la figura 78 se muestra la categoría de la intervención del SAMUR Social el caso Silveria y los atributos correspondientes. Es activado el SAMUR Social por el SUMMA-112, según procedimiento. La central del SAMUR Social recibe la información de la detección de emergencia social por el SUMMA-112 y aporta datos de filiación, movilidad (paciente válido o no válido), necesidad de custodia hasta la llegada de servicios de emergencia social (cuerpos de seguridad, familia, vecinos, etc.) y si existen familiares en el lugar de la emergencia. SUMMA-112 comunican que unos vecinos acompañarán a Silveria mientras inician el traslado de Antonio al hospital.

La intervención del SAMUR Social sigue los siguientes pasos: valoración de necesidades, contención e intervención de la emergencia social con el recurso correspondiente y siempre derivación a los Servicios Sociales de Atención Primaria. El SAMUR Social tras la consulta de la aplicación informática de la red de Atención Primaria observa que el matrimonio de Silveria y Antonio acudieron al centro de Servicios Sociales de su distrito (el 28 de octubre de 2012), ofreciéndoles el servicio de teleasistencia y de ayuda a domicilio, que rechazó el marido porque no lo necesitaban. Antonio acudió para conocer las posibilidades de intervención social para su mujer Silveria en el caso de que tuviera algún incidente. El 14 de enero de 2013 vuelve a acudir a los Servicios Sociales y solicita otra vez información para presentar la documentación y gestionar las prestaciones que se le ofrecieron la anterior visita, entregándole la documentación e informándole de nuevo. Los trabajadores sociales de la sala de comunicaciones de la Central del SAMUR Social activan a la unidad móvil 2 con un equipo social de emergencia formado por un trabajador social y dos auxiliares. Esa unidad se traslada al domicilio y el trabajador social valora *in situ* la situación de soledad sobrevenida de Silveria como consecuencia del traslado al hospital de su cuidador principal. La Central del SAMUR Social aporta toda la información de la aplicación informática sobre el matrimonio de mayores a los profesionales de la unidad móvil 2, tal y como se constata en la siguiente cita:

*- Se recibe en la Central de SAMUR Social la correspondiente activación directa por parte del SUMMA-112. Según procedimiento y como consecuencia, los trabajadores sociales de la sala de comunicaciones proceden a activar una Unidad Móvil (UM-2), la cual se encuentra conformada por un trabajador social y 2 auxiliares de Servicios Sociales. Esta unidad se traslada al domicilio y valora la necesidad de atender socialmente a la persona mayor dependiente (Silveria) que como consecuencia del ingreso hospitalario del cuidador principal (Antonio), se queda sola en el domicilio sin poder contar con apoyo social informal de proximidad, no tiene familia que se pueda hacer cargo de la situación. De forma paralela, mientras la Unidad Móvil del SAMUR Social se traslada al domicilio, los profesionales de la central del SAMUR Social proceden a consultar la base informática de la red de atención social municipal de la*

*ciudad de Madrid, con el fin de ver si se cuenta con historia social en la referida red y para confirmar los datos personales, familiares y sociales de la unidad familiar afectada. Esta información se aporta a los profesionales que se están trasladando al domicilio (9:10).*

Los profesionales de la Unidad Móvil 2, una vez llegan al domicilio, solicitan información a los vecinos que acompañan a Silveria a través de entrevistas además de buscar información sobre datos de la afectada acerca de posibles sistemas de apoyo familiar, buscando respuestas normalizadas de proximidad. El trabajador social valora la necesidad de ingreso en plaza de emergencia en la Residencia Sol según el procedimiento de derivación, comunicándoselo a los sobrinos y registrando en la hoja de emergencia de la aplicación informática que comparte con los Servicios Sociales de Atención Primaria, la detección de las necesidades sociales detectadas, la derivación a la Residencia Sol y su posterior intervención. Si no hubiese familia, por razones de urgencia se hubiese procedido igualmente al ingreso en la plaza de emergencia, en este caso, se pondría en conocimiento del Juez quien ejercería temporalmente la tutela. Se constata en las siguientes citas:

*- Como primera medida, los profesionales del SAMUR Social, tanto los que se encuentran en la central del SAMUR Social, como los profesionales de la Unidad Móvil que llegan al domicilio, buscan los posibles sistemas de apoyo familiar y la red social de proximidad, es decir, vecinos, familiares..... Con dicho fin se intenta localizar a los familiares para buscar en ellos la respuesta y recursos de protección social necesarios (9:11).*

*- Desde el punto de vista social, es importante buscar, en primera instancia, los recursos sociales de proximidad para que sean éstos los que proporcionen la respuesta a las necesidades sociales valoradas por los profesionales del SAMUR Social (trabajador/a social). Se intenta evitar cualquier proceso de institucionalización y de igual modo, se busca respuestas más normalizadas y con el menor impacto emocional y afectivo de las personas afectadas (9:12).*



Se traslada a Silveria a la residencia con la Unidad Móvil de SAMUR Social. Una vez en la residencia, los profesionales firman un formulario de pertenencias de Silveria y se procede a alojarla en una habitación. Silveria ocupó plaza de emergencia 21 días, cuya intervención técnica corrió a cargo de SAMUR Social, posteriormente como consecuencia del fallecimiento de su marido Antonio, pasó a una plaza definitiva. Entre las tareas de intervención técnica por SAMUR Social está el seguimiento del caso, aporte de informes sociales, contactar con el médico de cabecera de Silveria para informarse sobre la medicación necesaria y trasladarla a la residencia, además de pedir cita para poder solicitar un informe médico actualizado, ofreciendo una atención integral. Si fuese necesario, diariamente el trabajador social de SAMUR Social contactará con la residencia, además remitirá a la residencia mensualmente un listado de personas mayores que hayan derivado. Mantuvieron una estrecha coordinación entre SAMUR Social y la residencia hasta pasados los 21 días de intervención técnica y transferencia a plaza definitiva, cuya responsabilidad recayó en la residencia y en los Servicios Sociales.

Según la pregunta de investigación: *¿qué recursos socio-sanitarios dan respuesta a las emergencias sociales en Madrid y cómo se gestionan?*

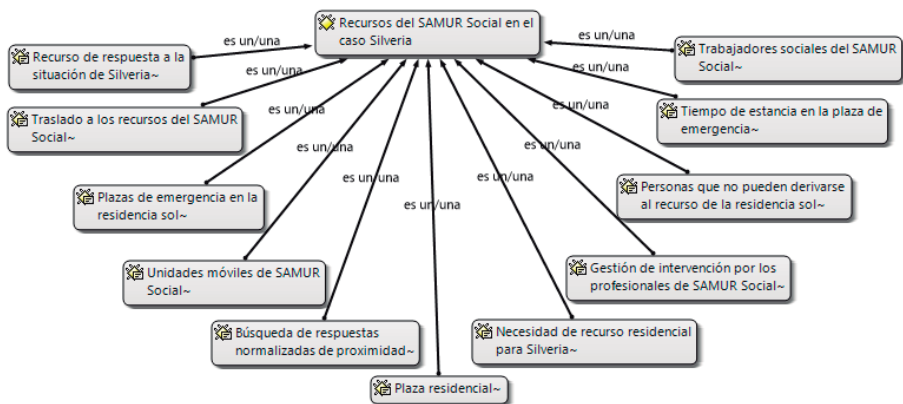


Figura 79. Recursos del SAMUR Social en el caso Silveria.

En la figura 79 se muestra la categoría de los recursos del SAMUR Social en el caso Silveria y los atributos correspondientes. Los recursos de alojamiento que dan respuesta a las emergencias sociales por el SAMUR Social se gestionan a través de plazas de emergencia previamente negociadas por procedimientos con los recursos municipales y dentro de estructuras normalizadas como lo es una residencia de la tercera edad. El SAMUR Social en su cultura de respuesta ante las necesidades sociales que valora, dispone de plazas de emergencia que lo hace un servicio potente de intervención, disponiendo de 8 plazas para personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias en la Residencia Sol. No obstante, el SAMUR Social buscará en primera instancia los recursos sociales de proximidad, como la familia directa con el fin de que sean éstos los que proporcionen la respuesta a las necesidades sociales detectadas y valoradas por los profesionales. Así, se evita, si es posible, cualquier proceso de institucionalización, buscando respuestas normalizadas de la red de proximidad de la afectada. En el caso de Silveria, la emergencia sanitaria de su marido y cuidador principal, determinó el recurso de respuesta en la plaza de emergencia de la Residencia Sol, tal y como se constata en las siguientes cita:

*- La estancia de la persona mayor que fue ingresada en la residencia (Silveria), como en el resto de casos, estuvo determinada por la evolución sanitaria del cuidador principal (Antonio) que fue trasladado al hospital por el SUMMA-112 en situación de emergencia sanitaria. Por tanto, la estancia puede ser breve y/o transitoria o bien, en el peor de los casos, la misma puede alargarse por fallecimiento del cuidador (9:24).*

*- Para esto, la Dirección General de Mayores y Atención Social, pone a disposición del SAMUR Social ocho plazas para personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias en la Residencia Sol (11:13).*

Tras contactar con los sobrinos, el trabajador social del SAMUR Social tomó la decisión de gestionar una plaza de emergencia en la residencia ante la falta de apoyo social de proximidad (familia) y la situación de desprotección sobrevenida. La

intervención de la gestión la realizan los trabajadores sociales del SAMUR Social según el procedimiento 020 de derivación de personas mayores que sufren una situación de emergencia al centro integrado de Alzheimer Sol del Ayuntamiento de Madrid y por la vía de gestión de plaza de emergencia.

El traslado de Silveria a la residencia sol fue a través de los recursos del SAMUR Social, mediante la unidad móvil y los profesionales que intervinieron la emergencia social *in situ*. Toda la atención social durante los 21 días de ocupación de Silveria en la plaza de emergencia, corrió a cargo del SAMUR Social en coordinación con los trabajadores sociales del distrito. Se constata en la siguiente cita:

*- La atención social correrá en todos los casos derivados a cargo de los trabajadores sociales de SAMUR Social quienes, en coordinación con los del distrito municipal de referencia, llevarán a cabo la misma, realizando incluso gestiones y trámites necesarios para la asignación de los recursos y servicios que fuese oportuno (11:12).*

Durante la estancia de Silveria en la plaza de emergencia de la residencia, le comunican al SAMUR Social que Antonio ha fallecido en el hospital de una PCR, por lo que el proceso de intervención pasa por la estancia temporal en la plaza de emergencia de la residencia hasta la gestión de una plaza definitiva, ante la imposibilidad de regreso a su domicilio. Serán los profesionales de SAMUR Social quienes gestionen el proceso de información a los familiares del fallecimiento de Antonio, según el procedimiento.

Una vez transcurrieron los 21 días de estancia en la plaza de emergencia, se transfirió toda la gestión de intervención con Silveria a la residencia y a los Servicios Sociales.

Según la pregunta de investigación: *¿cuáles son las fortalezas de los servicios de atención a las emergencias sociales en Madrid (SAMUR Social)?*

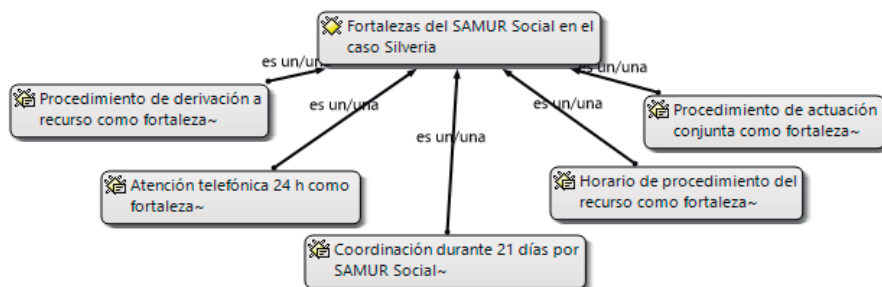


Figura 80. Fortalezas del SAMUR Social en el caso Silveria.

En la figura 80 se muestra la categoría de las fortalezas del SAMUR Social en el caso Silveria y los atributos correspondientes. La intervención de gestión en el caso de Silveria en la plaza de emergencia en la Residencia Sol como recurso y coordinación durante 21 días hasta la gestión de plaza definitiva, supone una fortaleza para el servicio. Se constata en la siguiente cita:

*- Silveria permanece en la plaza de emergencia de la residencia que coordina SAMUR Social durante 21 días, periodo en el que se procede a la gestión de la plaza definitiva de residencia (9:30).*

Disponer de un procedimiento conjunto el SAMUR Social con otros servicios, como es el SUMMA-112 (ver anexo 3), supone una fortaleza para el servicio. Los procedimientos son actualizados y revisados constantemente (procedimiento-27 actualizado en el 2013). En el caso Silveria permitió que el SUMMA-112 activase al SAMUR Social desde el mismo domicilio del matrimonio ante la detección de la emergencia social y durante su actuación sanitaria, accediendo a una intervención integral por ambos servicios y de manera rápida y eficaz, protegiendo a la usuaria ante la vulnerabilidad de la emergencia imprevista que había sufrido tras el traslado de su cuidador principal al hospital.

Además, los procedimientos del SAMUR Social con los recursos del servicio también suponen una fortaleza, como es el caso del procedimiento de intervención con la Residencia Sol (ver anexo 3), en el que el servicio dispone de plazas de emergencia concertadas, asegurándose siempre una respuesta por el recurso a través del procedimiento. El horario de funcionamiento del mismo es de 24 horas los 365 días del año, prestando una atención telefónica de manera ininterrumpida para cuando se requiera la derivación del usuario atendido por SAMUR Social, tal y como se constata en la siguiente cita:

- Se podrá realizar la derivación a estas plazas a cualquier hora y en cualquier día de la semana mediante el procedimiento (11:16).

Según la pregunta de investigación: *¿por qué es necesaria la intervención psicosocial y coordinación en emergencias(112)?*

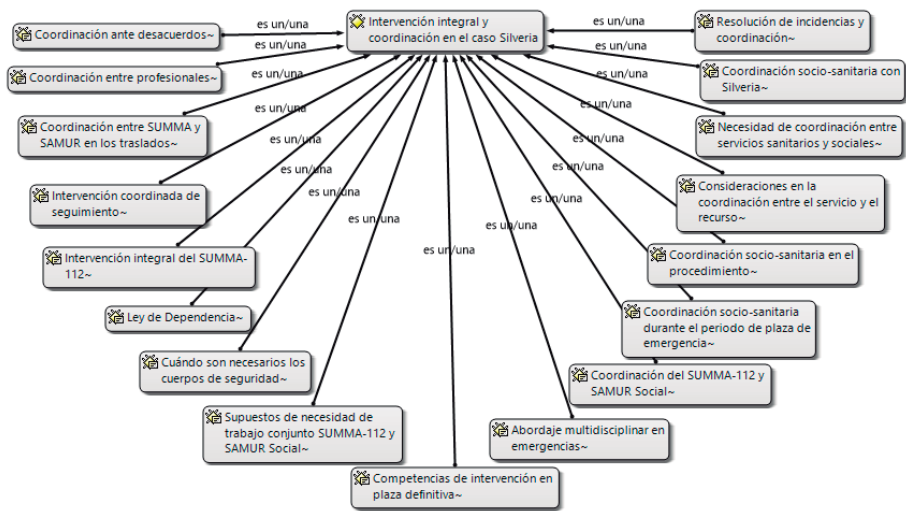


Figura 81. Intervención integral y coordinación en el caso Silveria.

En la figura 81 se muestra la categoría de la intervención integral y coordinación en el caso Silveria y los atributos correspondientes. Las situaciones de emergencia, por sus características, ponen de manifiesto diversas situaciones de necesidad, requiriendo un abordaje multidisciplinar, pudiendo afectar al ámbito sanitario, psicológico y/o social, como ocurrió en el caso Silveria, haciéndose necesaria la intervención y coordinación entre los servicios que participan en una emergencia sanitaria y social, ofreciendo una actuación integral. Se constata en la siguiente cita:

*- Las situaciones de emergencia, por sí mismas, son un factor que en muchos casos compromete diversos ámbitos de las personas. Por ello junto a una emergencia sanitaria se presenta en algunas ocasiones, una emergencia social. Por este motivo se hace necesaria una coordinación entre servicios (10:2).*

Los profesionales sanitarios del SUMMA-112 que intervinieron la emergencia sanitaria de Antonio y detectaron necesidades sociales de emergencia en Silveria respondieron de manera integral a la situación imprevista de desprotección sobrevenida. Se constata en la siguiente cita:

*- En este caso, los profesionales del SUMMA-112 intervienen la emergencia de Antonio y plantean dar una respuesta socio-sanitaria a la nueva situación inesperada generada en Silveria (9:6).*

El SUMMA-112 procedió según procedimiento a la coordinación socio-sanitaria junto a SAMUR Social. Se valoró si era necesaria la alerta a los cuerpos de seguridad (policía) en caso de necesitar la custodia hasta la llegada del servicio pertinente. A Silveria la acompañaron unos vecinos hasta la llegada de SAMUR Social, por lo que no fue necesaria la actuación de la policía. En el propio procedimiento conjunto entre ambos servicios, se especifica los supuestos de necesidad de trabajo conjunto entre SUMMA-112 y SAMUR Social, entre los cuales se presenta la situación de soledad sobrevenida sufrida por Silveria. Durante la estancia en la residencia en la plaza de

emergencia si Silveria necesitara traslado al hospital u otro centro en caso necesario, SAMUR Social se encargaría de trasladarla además de realizar el seguimiento hasta el alta y vuelta a la residencia según se indica en el procedimiento, ofreciendo una buena coordinación socio-sanitaria e intervención entre los profesionales del SAMUR Social y de la residencia durante el periodo de plaza de emergencia.

Se procedió a coordinar la intervención con la red de Atención Primaria de Servicios Sociales para gestionar la plaza definitiva de Silveria, a través de la actual Ley de Dependencia. Una vez la plaza sea la definitiva en la residencia, la intervención correrá a cargo de los profesionales de la residencia y de Atención Primaria según el procedimiento, pasando todo el proceso de intervención a ser competencia de los trabajadores sociales de referencia en el distrito. Se constata en la siguiente cita:

*- Además se procede a coordinar la intervención con la red de atención primaria de Servicios Sociales con el fin de que comiencen a gestionar la plaza de residencia definitiva, a través de la aplicación de la actual Ley de Dependencia, plaza que, una vez valorada la persona dependiente tiene que ser para personas con Alzheimer (9:29).*

Se puede afirmar que todo el proceso de atención integral a Silveria ante la emergencia social valorada ha sido posible por la coordinación socio-sanitaria e intervención integral de los servicios de emergencia y sociales: SUMMA-112 y SAMUR Social, junto a la red de Atención Primaria de Servicios Sociales de Madrid y los profesionales de la Residencia Sol.

Según la pregunta de investigación: *¿por qué son útiles los procedimientos o protocolos de actuación en emergencias?*

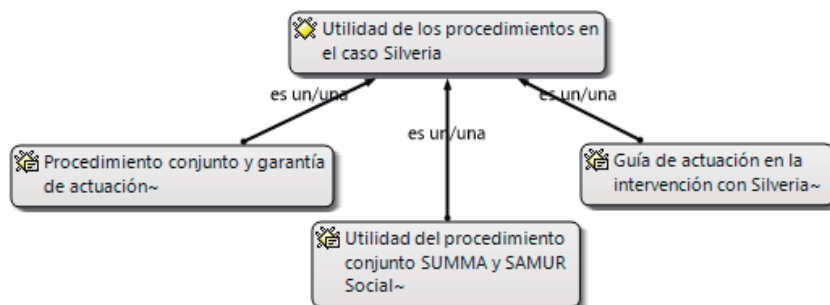


Figura 82. Utilidad de los procedimientos en el caso Silveria.

En la figura 82 se muestra la categoría de la utilidad de los procedimientos en el caso Silveria y los atributos correspondientes. En la intervención socio-sanitaria con Silveria se utilizaron dos procedimientos. El primero de ellos, el procedimiento de actuación conjunta SUMMA-112 y SAMUR Social para situaciones de emergencia social, se utilizó ante la detección de la emergencia social en la usuaria por el SAMUR Social. Este procedimiento pretende favorecer la actuación coordinada e integral en las situaciones sanitarias y sociales y que además garantiza la actuación entre los diferentes intervinientes en las situaciones de emergencia, posibilitando la coordinación fluida y directa entre ambos servicios públicos y permitiendo la activación directa para favorecer la intervención rápida. En el caso Silveria permitió mayor agilidad en el proceso y supuso una guía de actuación para los profesionales, facilitando la intervención. Se constata en la siguiente cita:

*- Resulta necesario, articular estructuras que garanticen sistemas de actuación coordinada entre los diferentes servicios intervinientes en las situaciones de emergencia. El presente protocolo entre SUMMA 112, Emergencia Social de la Comunidad de Madrid y SAMUR Social del Ayuntamiento de Madrid, es un instrumento que pretende favorecer la actuación coordinada e integral en las situaciones sanitarias y sociales que se produzcan en los diferentes municipios de la Comunidad de Madrid (10:4).*



El segundo procedimiento utilizado en el caso Silveria fue ante la respuesta con recurso por el trabajador social de SAMUR Social de derivación de la usuaria a la plaza de emergencia de la Residencia Sol. El procedimiento de derivación de personas mayores que sufren una situación de emergencia desde el SAMUR Social al centro integrado de Alzheimer Sol del Ayuntamiento de Madrid, tiene el propósito de la derivación de personas mayores que sufren una situación de emergencia, y está destinado a establecer y regular la sistemática de actuación operativa en los casos en el que el SAMUR Social ante una emergencia individual y una situación de vulnerabilidad personal, precise de una plaza de emergencia como recurso de alojamiento.

Ambos procedimientos permitieron la resolución de la situación de emergencia en Silveria por los servicios de emergencia y el recurso de alojamiento integral, protegiendo la situación de gran vulnerabilidad sufrida por la usuaria.

Así mismo, el procedimiento conjunto entre el SUMMA-112 y SAMUR Social tiene aplicación en el marco de la colaboración que se debe desarrollar con los Servicios Sanitarios de urgencia de la Comunidad de Madrid, principalmente en domicilios, en vía pública y en los servicios de urgencias dependientes del SUMMA-112. Cuando el SUMMA-112 atiende una emergencia sanitaria que no precisa de traslado hospitalario y además presenta una problemática social que requiere respuesta de servicios de emergencia social, se comunicará a la central del SUMMA-112 y esta llamará a la central del servicio de emergencia social, el SAMUR Social en la ciudad de Madrid, informando sobre toda la información referida al del paciente, movilidad (paciente valido o no valido), necesidad de custodia hasta la llegada de servicios de emergencia social (cuerpos de seguridad, familia, vecinos, etc.) y si existen familiares en el lugar de la emergencia. La situación de Silveria es una de las situaciones de emergencia de atención por el SAMUR Social en el procedimiento, además de disponer un apartado del mismo de activaciones ante la petición de intervención social por otras causas que no vengán reflejadas en el mismo pero que sean consideradas por el equipo sanitario del SUMMA-112. En el procedimiento conjunto se especifican las posibles incidencias que pudiesen surgir y cómo resolverlas a través de teléfono, en el menor tiempo posible y

por un responsable de cada servicio de intervención. En el caso de que sean activados ambos servicios y no fuese necesario el traslado al hospital, sería SAMUR Social quien atendiese al usuario y si requiriese traslado al hospital por el SUMMA-112, se informaría al SAMUR Social del traslado y del centro hospitalario de destino para que acuda allí. La competencia de traslado dependerá de si el usuario no es válido, (y requiere camilla o tratamiento médico durante el traslado), efectuando el traslado el SUMMA-112. Si el paciente es válido o no válido sin necesidad de camilla, el traslado lo realizará el SAMUR Social.

Según el procedimiento de derivación a la residencia, se contempla el caso de personas mayores con grave vulnerabilidad y dependencia y requieran más tiempo de estancia en la plaza de emergencia por no disponer de una definitiva, pudiendo pasar a una plaza de normalizada en la misma hasta la plaza definitiva. Quedarían excluidas aquellas personas mayores que no presenten deterioro cognitivo o aquellas que padezcan una discapacidad psíquica o enfermedad mental con graves alteraciones conductuales en el momento del ingreso. Además, el tiempo de estancia máximo aconsejable en la plaza de emergencia será de 15 días y cuando este plazo no se pueda cumplir y se prevea la permanencia superior a un mes, habrá que comunicarlo por escrito al Departamento de Centros de Día, intervención que tuvo que asumir el SAMUR Social.

Concluyendo, la intervención con Silveria desde la detección por el SUMMA-112 hasta la intervención del SAMUR Social supuso un proceso de atención integral, haciéndose visible la emergencia social a través de un Servicio Sanitario. Los procedimientos ofrecieron una guía de actuación, facilitando la intervención, asegurando la respuesta ante la vulnerabilidad en Silveria. Se puede afirmar que la usuaria fue protegida por el Sistema Sanitario y Social a través de un trabajo conjunto rápido y eficaz, ofreciéndole la mejor respuesta según las necesidades detectadas.

## 6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La investigación mixta utilizada en el presente estudio se realizó en paralelo, recogiendo los datos cualitativos y cuantitativos al mismo tiempo, con el propósito de dar respuesta a las preguntas de investigación a través de ambos métodos para hacer una triangulación de la información, permitiendo obtener datos desde distintos ángulos, ofreciendo una imagen más precisa del fenómeno estudiado (Ugalde y Balbastre, 2013).

La triangulación según Morse y Richards (2002) se refiere a la obtención de múltiples perspectivas a través de los estudios realizados que se han elaborado sobre el mismo tema y que abordan directamente los resultados de cada uno. Para ser considerado triangulado, se ha tenido en cuenta el diseño cuidadoso de la investigación para asegurar la misma cuestión que se aborda por cada uno de los enfoques propuestos, y siempre tratada la cuestión sobre todos los ángulos posibles (ver anexo 4).

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran las características de la población afectada por las situaciones de emergencia social, detectadas por profesionales de la emergencia social y sanitaria en la ciudad de Madrid y en la ciudad de Valencia.

Nuestros datos indican la detección de emergencias sociales a través de una emergencia sanitaria por el SAMU en la ciudad de Valencia y por el SAMUR PC y SUMMA-112 en la ciudad de Madrid, dando paso a la intervención social de emergencia por un servicio específico de intervención a las emergencias sociales. En Valencia el SAUS es el servicio que interviene en la emergencias sociales cuando se encuentra operativo y el alertante es conocedor del SAUS, en Madrid es el SAMUR Social el servicio de intervención de las emergencias sociales, operativo las 24 horas y ampliamente conocido por el resto de profesionales de la emergencia, activándose de manera óptima y eficaz. Además de las emergencias sociales existen necesidades psicosociales sujetas a valoración por un psicólogo de emergencias, como es el caso de ROMEO del SAMUR PC de la ciudad de Madrid, que dispone de códigos de activación ante la detección de necesidades psicosociales por los sanitarios del SAMUR PC ante

emergencias individuales, colectivas y grandes emergencias. Nuestro estudio muestra las emergencias psicosociales con necesidad de intervención por un psicólogo de guardia, como es el caso de emergencias con pérdidas traumáticas de seres queridos. La autora Pacheco (2010) afirma el trabajo fundamental del psicólogo en la emergencia, no solo en situaciones de AMV y catástrofes, sino en la emergencia individual, contribuyendo a la afirmación de nuestros resultados. Según Arricivita (2006-2013), Pérez (2009-2011) y Marcuello (2006), coinciden con la detección de las necesidades sociales de emergencia dando paso a la consiguiente atención o intervención psicosocial, fundamentando nuestros hallazgos. Afirmamos que el trabajador social es la figura competente de la intervención de la emergencia social en el SAMUR Social, servicio pionero a nivel europeo por su intervención y recursos de respuesta a la emergencia, ya que los profesionales del Trabajo Social son los responsables de la valoración, detección e intervención de las necesidades sociales de emergencia. Autores como Barriga (2009), Olmedo (2008), Madeira, Fernández, Ismach y Riché (2011), Coloma (2009), Arricivita y Pérez (2005) y Arricivita (2006), contribuyen a sustentar nuestros resultados de la figura de intervención clave en la emergencia social, afirmando el papel del trabajador social como figura clave en la detección e intervención de las situaciones de emergencia social, ofreciendo una labor importante en todos los momentos de la pre-emergencia, emergencia y post-emergencia, visibilizando y ofreciendo identidad al Trabajo Social en emergencias.

La triangulación de los resultados obtenidos a partir del cuestionario, las entrevistas en profundidad y el estudio de caso único ha podido sacar a la luz algunas cuestiones relevantes de la emergencia social.

El análisis de servicios de intervención a las emergencias sociales y sanitarias en diferentes ciudades nos permite visibilizar limitaciones de intervención, como el desconocimiento del servicio de atención a las emergencias sociales SAUS en Valencia por los profesionales del SAMU y el cómo detectar una emergencia social, afirmando la necesidad de un procedimiento conjunto entre ambos servicios que facilite la detección e intervención por el SAMU ante la emergencia social. Afirmamos la efectividad de la

detección e intervención ante la emergencia social por el SAMUR Social y SAMUR PC, servicios ampliamente conocidos en la ciudad de Madrid por los ciudadanos/as, por el 112 y por el resto de profesionales, apoyándose con procedimientos conjuntos de intervención para ofrecer la máxima protección social en situaciones de vulnerabilidad y riesgo de exclusión social. Los Servicios Sociales y las políticas de intervención, junto a la protección social en España, custodian a los ciudadanos/as de situaciones imprevistas como son las emergencias, haciendo efectivo los Derechos Sociales, en especial los Derechos subjetivos y los Derechos Humanos. Las CCAA son las responsables de implantar un servicio específico de atención a las emergencias sociales que proteja frente a necesidades sociales de emergencia.

#### 1- Situaciones generadoras de emergencias sociales.

Las necesidades sociales son generadoras de emergencias sociales cuando existen situaciones de desprotección, vulnerabilidad o riesgo de exclusión, como es el caso de la propia emergencia sanitaria que desenmascara una emergencia social (Pérez, 2009). Así los resultados obtenidos de los cuestionarios han mostrado que en el 38,97 % de las emergencias sanitarias se detectaron reacciones psicológicas reflejas de angustia emocional, en el 10,26% malos tratos y en el 6,15% pérdidas traumáticas por suicidio. Atendiendo al caso Silveria se detectó una emergencia social a través de la emergencia sanitaria de su marido, que era el cuidador principal, encontrando una situación de soledad sobrevenida a persona dependiente. Afirmamos que las situaciones generadoras de emergencias sociales son mayoritariamente emergencias individuales en un 98,5%.

Por último, la crisis económica ha generado mayor vulnerabilidad en los ciudadanos desde el 2008 aumentando las circunstancias responsables de emergencias psicosociales. Hemos encontrado un 40,51% de situaciones de necesidad de cuidados por enfermedad con falta de medios económicos o mala gestión de los mismos, y un 22,56% de situaciones de insalubridad de domicilio.

## 2- Detección de la emergencia social.

Siguiendo con los resultados obtenidos a través del instrumento utilizado, las necesidades sociales generadoras de emergencias sociales han sido detectadas por los servicios de emergencia sanitarios como el SAMU en la ciudad de Valencia en un 70,3% por enfermería y en un 25,6% por facultativos médicos, y lo mismo ocurre en la ciudad de Madrid, el SAMUR PC son unos detectores de necesidades sociales durante la emergencia sanitaria trabajando con procedimientos de detección de la emergencia social y conjuntamente con el SAMUR Social. Fue el SUMMA-112 el servicio de emergencia sanitaria que detectó la emergencia social en Silveria en la ciudad de Madrid, activando al SAMUR Social para su intervención. Tanto el SAUS en la ciudad de Valencia como el SAMUR social en la ciudad de Madrid han mostrado ser detectores de emergencias sociales, aunque una gran casuística de necesidades sociales son detectadas por el primer respondiente (SAMUR PC/SUMMA-112, policía, etc.), profesionales que atienden en primera instancia la emergencia y a menudo detectan las necesidades sociales, las situaciones de desprotección y la vulnerabilidad.

Los servicios sanitarios de emergencia son los principales detectores de emergencias sociales, por ser profesionales de trabajo *in situ* en la calle, domicilios, locales, carreteras, supermercados, etc., donde la situación imprevista de emergencia surge y acuden ante la llamada de un alertante que necesita ayuda. La ayuda la debemos concretar en necesidades de índole sanitaria, social o psicológica, dando la respectiva respuesta profesionalizada tras su valoración, coincidiendo con Pérez (2009).

## 3- Colectivos más vulnerables.

Los colectivos vulnerables y de mayor riesgo de exclusión en nuestro estudio han sido las personas mayores. Los datos muestran que la media de edad de las personas que han sufrido una emergencia social ha sido de 50,27 años y casi la mitad de los casos analizados correspondían a personas que tenían 65 años o más. Estos datos coinciden con lo expuesto por Subirats (2004) y Arricivita (2009, 2013), para quienes las personas mayores son los colectivos que presentan mayor riesgo de exclusión.

También las PSH son un colectivo de riesgo. Un 37,43% de ellos sufrieron una situación de emergencia social. Con respecto al género, un 53,3% de los casos de emergencia social corresponde a las mujeres, de las cuales 50 sufrieron 2-3 situaciones de emergencia social entre las que cabe destacar los malos tratos (15), la reacción psicológica refleja de angustia emocional (47) y la situación de soledad sobrevenida a persona dependiente (14).

Dentro de los colectivos vulnerables existen situaciones de mayor vulnerabilidad como es el caso de PSH con patologías crónicas, enfermos mentales con patologías y deterioro psico-orgánico, personas mayores en situación de dependencia que viven solas y en general personas en situación de dependencia. Afirmamos que los colectivos vulnerables, además de los expuestos, son aquellos que tienen una red familiar de apoyo débil o carecen de la misma. Además, se detecta una serie de necesidades sociales de higiene, alimentación, insalubridad de domicilio, carencia de medios económicos, situaciones de desahucios y desalojos que aumentan la vulnerabilidad de las personas que lo sufren, en especial en la época de crisis económica, generando colectivos vulnerables por no poder hacer frente a las necesidades.

El caso de Silveria es un buen ejemplo de situación de vulnerabilidad dentro del colectivo ya vulnerable, pues nos encontramos con una persona mayor dependiente de más de 80 años en situación de desprotección sobrevenida que sufre una emergencia social y que no dispone de una red de apoyo familiar que pueda hacerse cargo de la situación.

4- La intervención ante las emergencias sociales, procedimiento de actuación y activación.

Con respecto a la intervención, el SAMUR Social de la ciudad de Madrid es un servicio de emergencias sociales con un modelo de intervención de proximidad y acercamiento, referente a nivel europeo, de atención las 24 horas los 365 días del año. Es activado por el 112 o por los servicios de emergencias de la ciudad (SAMUR PC, policía, etc.) mediante teléfonos directos y procedimientos de actuación conjunta. Es el

trabajador social el profesional de la valoración e intervención. La valoración proporciona un diagnóstico social, ofreciendo una respuesta de contención e intervención con el recurso pertinente y siempre derivando a los CMSS de Atención Primaria para su tratamiento definitivo. El tiempo de resolución es de una semana para emergencias individuales, alargándose en el caso de mayores y en el caso de catástrofes y AMV. Atiende a todas las emergencias en los que se les activa, siendo un servicio potente de protección a los ciudadanos. El recurso dispone de una amplia cartera de servicios frente a la emergencia social y dispone de procedimientos de intervención ante las emergencias individuales y colectivas, además de procedimientos conjuntos con el resto de servicios de la emergencia. Para autores como Arricivita (2006, 2013) y Pérez (2011) el procedimiento de activación de los servicios de emergencia sociales debe ser a través del 112 y/o por el resto de servicios intervinientes de la emergencia (SAMUR PC, policía, etc.) y realizan el proceso de intervención mediante valoración, diagnóstico social, intervención *in situ* y respuesta específica con o sin recursos. Los servicios de emergencia sanitarios son activados por el 112 o por otros servicios de emergencia (SAMUR social, bomberos, etc.) detectando *in situ* necesidades sociales de emergencia y derivando el caso social al servicio específico de intervención (SAMUR Social/SAUS) o petición de intervención social en el hospital.

En el caso Silveria, podemos ver cómo el SUMMA-112 de la ciudad de Madrid activó al SAMUR Social a través del procedimiento conjunto ante la detección de una emergencia social; la Central valoró y activó a una Unidad Móvil desplazándose al lugar mientras que consultaban la aplicación informática sobre la usuaria y derivaban a los Servicios Sociales de Atención Primaria. El trabajador social *in situ* valoró una situación de desprotección sobrevenida a persona dependiente, contactó con los sobrinos, no pudiéndose hacer cargo de su tía. La intervención y respuesta se realizó a través del procedimiento de derivación a un centro residencial. El SAMUR Social durante esos días realizó funciones de seguimiento e intervención técnica. Se derivó pasados los 21 días la competencia a los Servicios Sociales y a la residencia una vez Silveria dispuso de plaza definitiva como consecuencia de falta de red de apoyo familiar.



La intervención de los equipos de profesionales por el SAMUR PC ante las emergencias sociales están formados por médico, enfermero y técnico en emergencias en las unidades sanitarias avanzadas y por psicólogo y técnico en emergencias en la unidad ROMEO. El SAMUR PC durante su trabajo hace visible la emergencia social mediante la detección de necesidades sociales. Una vez detectadas, activan al SAMUR Social a través de su central por un teléfono directo en el caso de emergencia social y en el caso de detección de riesgo social, lo notifican en el parte diario de asistencia sanitaria para su seguimiento y su posterior derivación a los Servicios Sociales. En el caso de detección de casos de riesgo en menores y en personas mayores, adjuntan un anexo al parte asistencial. En el caso de activación del SAMUR Social, la Central les solicita información al SAMUR PC del caso detectado, desplazándose una Unidad Móvil al lugar para valorar e intervenir. El SAMUR PC dispone de procedimientos conjuntos con el SAMUR Social ante colectivos vulnerables. Si el SAMUR PC requiere traslado al hospital del paciente con detección de emergencia social, lo notifica en el parte asistencial y pide intervención al SAMUR Social para que acuda al hospital, habiendo una retroalimentación de la información por ambos servicios. En el caso de Silveria, el servicio de emergencia sanitaria en la ciudad de Madrid SUMMA-112, de atención las 24 horas del día los 365 días del año, fue activado por el 112, se desplazaron al domicilio donde atendieron al matrimonio octogenario, detectando en Silveria una situación de desprotección en persona dependiente como necesidad social de emergencia; activaron al SAMUR Social según el procedimiento conjunto a través de un teléfono directo, ofreciendo toda la información valorada por el equipo sanitario sobre las necesidades detectadas, filiación, familia, etc. La central del SAMUR Social activa a una unidad móvil del SAMUR Social para su valoración e intervención. El SAMU de la ciudad de Valencia es un servicio de emergencias sanitarias, de atención las 24 horas los 365 días del año. Es activado por el 112 a través del CICU.

Afirmamos la efectividad de intervención y valoración de las necesidades y problemas sociales generadas por la emergencia social de un servicio de emergencias las 24 horas los 365 días del año, cuyo procedimiento de activación es a través del 112, coincidiendo con Arricivita (2006, 2013) y Pérez (2011).

#### 5- La emergencia social: necesidades de atención las 24 horas.

También el SAUS de la ciudad de Valencia es un servicio de atención a las urgencias sociales y colaboración en las grandes emergencias, que funciona unas horas de lunes a viernes y 24 horas los fines de semana y festivos activado por la policía local o los CMSS. Una vez activado, el único equipo de guardia diario formado por dos profesionales, trabajador social y/o psicólogo y/o técnico en integración social, se desplaza al lugar y valora *in situ* independientemente del perfil profesional, consultando la aplicación informática sobre el afectado e interviniendo. La intervención se realiza a través de la contención y derivando siempre a los Servicios Sociales de Atención Primaria. Pero el SAUS de la ciudad de Valencia no dispone de recursos propios, de procedimientos conjuntos con el resto de intervinientes de la emergencia o de indicador de tiempo de resolución de la emergencia. El resto de profesionales están localizados al ser un servicio de colaboración en las emergencias. Nuestros resultados muestran que en la ciudad de Valencia el SAMU detectó 100 emergencias sociales en horario del SAUS de las cuales 13 se activaron al SAUS y en 76 casos no se supo qué hacer por desconocimiento del recurso. Además, 93 emergencias sociales que se detectaron fuera del horario del SAUS y en 72 casos de ellos no se supo qué hacer.

Respecto a la petición de intervención social por el SAMU y requerimiento de traslado hospitalario del paciente con emergencia social, en 107 casos se requirió traslado hospitalario (y en 24 casos se pidió la intervención social desde el hospital). Frente a esto observamos gracias a las entrevistas realizadas que en el SAMUR PC de la ciudad de Madrid que es un servicio de atención a las emergencias sanitarias, y un detector de prestigio de los casos sociales de riesgo y emergencias sociales, se ofrece atención integral biopsicosocial multidisciplinar y a través de la actuación conjunta con otros servicios de emergencia.

#### 6- Necesidad de profesionales del ámbito social en los equipos 24 horas.

El equipo sanitario, en las unidades avanzadas, está formado por médico, enfermero y técnico en emergencias sanitarias. El enfermero realiza cuidados

específicos de enfermería en emergencias y valoración de necesidades psicosociales. El 70,3% de los enfermeros realizaron el formulario de detección. Cuando detectan situaciones de emergencia social la mayoría de los profesionales y el CICU desconocen el procedimiento a seguir y la existencia del SAUS. El 73,3% de los profesionales del SAMU desconocen el procedimiento a seguir cuando detectan necesidades sociales de emergencia. Cuando se ha activado el SAUS, ha sido a través de la policía local y el CICU, desplazándose al lugar la unidad móvil para su valoración e intervención. El SAMU no dispone de procedimientos conjuntos con el SAUS ni de notificación en el parte asistencial de detección de necesidades sociales de riesgo y de emergencia. El SAMU detectó 195 situaciones de emergencia social. Con respecto a la distribución a lo largo de la semana, el mayor número de emergencias sociales se detectaron el martes en un 17,9% de los casos, y en lo referente a los meses del año, el 45,1% se detectaron entre los meses de diciembre 2013 y enero 2014. Si nos fijamos en el horario en el que se detectaron las emergencias sociales desde el SAMU, el 54,7% de las emergencias detectadas tuvieron lugar entre las 9 y las 16 horas, horario en el que el SAUS no se encuentra operativo (de lunes a viernes).

Pero además, nuestro estudio ha mostrado un 51,8% de emergencias sociales que se produjeron en horario del SAUS, y de entre ellas, no se activó el procedimiento en el 41,5% de los casos. Esto vuelve a poner de manifiesto la falta de coordinación entre servicios o el desconocimiento que el SAMU tiene de las funciones que realiza el SAUS o de su horario de funcionamiento. Afirmamos la necesidad de un servicio específico de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia que trabaje 24 horas y conjuntamente con el SAMU preguntándonos por qué no se hace actualmente.

#### 7- Recursos de atención a la emergencia social.

Los servicios sociales de emergencia de la ciudad de Madrid y de Valencia disponen de recursos socio-sanitarios que dan respuesta a las emergencias sociales, gestionando el catálogo de recursos como respuesta de protección. Quienes gestionan la respuesta con recursos son los profesionales de intervención *in situ*. Los recursos pueden ser recursos humanos, recursos materiales para llevar a cabo la atención y

ayudas económicas. El SAMUR Social de la ciudad de Madrid dispone de una red de recursos muy potente para dar respuesta a las emergencias sociales. Los primeros recursos son los propios profesionales y la Central del Servicio. Los recursos que primero dan respuesta son los que responden a las necesidades de subsistencia y alojamiento que comprometen la calidad de vida y la protección del ciudadano/a, como recursos específicos de alojamiento en plazas de emergencia para colectivos vulnerables: PSH, mujeres maltratadas, residencias para personas mayores (18 plazas), también en el caso de deterioro cognitivo grave y gran dependencia. También dispone de plazas en la UEB de la Central del Servicio donde además de alojamiento, se ofrece intervención social. Tienen una partida económica de 120.000 €. Quienes gestionan los recursos de emergencia son el propio SAMUR Social, a través de los profesionales del Trabajo Social (de guardia) y la supervisión del jefe de la unidad, gestionando la intervención de emergencia, derivando al recurso pertinente y éste hace las gestiones de cubrir la necesidad, en el caso de alojamiento de emergencia, todo el tiempo de estancia hasta la plaza definitiva si la hubiese que sería competencia de la empresa o entidad de la residencia, derivando en todos los casos a los Servicios Sociales de Atención Primaria del distrito como responsables últimos. Los recursos son de la Administración Pública, dependiendo del Ayuntamiento de Madrid y de la Comunidad de Madrid, a excepción de los hoteles y para mujeres con hijos menores que son privados, el resto son municipales.

En el caso de Silveria, el trabajador social de guardia del SAMUR Social valoró *in situ* las necesidades sociales de emergencia. La emergencia sanitaria del marido y cuidador principal, determinó el recurso de respuesta en plaza de emergencia de residencia, tras contactar con los sobrinos que no podían hacerse cargo de su tía, tomando la decisión de gestionar el recurso por el trabajador social ante una situación de desprotección sobrevenida en persona dependiente y por medio del procedimiento de derivación. La unidad móvil trasladó a Silveria a la residencia. El tiempo de estancia de Silveria en la plaza de emergencia fue de 21 días, tiempo en el que el SAMUR Social se hizo cargo de la gestión de intervención por parte de sus profesionales del Trabajo Social. Después de ese tiempo y a consecuencia del fallecimiento del marido, se

transfirió toda la gestión de intervención a la residencia y a los Servicios Sociales para una plaza definitiva como consecuencia.

En el SAUS de la ciudad de Valencia disponen de recursos de intervención *in situ*. Disponen de una plaza de emergencia en la casa de la Caridad y 3.000 € anuales para hacer frente a las necesidades sociales como alimentación o alojamiento en un hotel. Los recursos son mayoritariamente privados y a través de convenios de colaboración entre el Ayuntamiento de Valencia y el recurso. La gestión del recurso la realiza el equipo de guardia del SAUS independientemente del perfil profesional. En todos los casos se deriva a los CMSS para que gestionen la intervención, dado que no disponen de recursos propios de emergencia. En el siguiente apartado encontramos la limitación del recurso de psicólogo de guardia del SAUS, disponiendo del mismo el servicio pero sin competencias específicas. Nos preguntamos por qué. En la ciudad de Valencia se detectan necesidades psicosociales sujetas a su intervención, derivando a los hospitales a los pacientes detectados por el SAMU como consecuencia, coincidiendo con Pacheco (2008,2010) en su necesidad de intervención las 24 horas.

#### 8- Fortalezas de los servicios de atención a la emergencia social.

Los servicios de atención a las emergencias sociales en Madrid (SAMUR Social) y en Valencia (SAUS) presentan unas fortalezas de prestaciones y cartera de servicios ante las emergencias sociales, entre las que cabe destacar la atención, orientación, contención y apoyo emocional e intervención inmediata *in situ* por parte de profesionales. La principal fortaleza del SAMUR Social son los propios profesionales, su compromiso y vocación en la atención de las necesidades sociales que generan emergencias. Además, el proceso y la rapidez de intervención junto a la coordinación con el resto de profesionales de la emergencia, les permite ofrecer una atención integral biopsicosocial al ciudadano utilizando procedimientos conjuntos. Otra de las fortalezas es la cartera de recursos para dar respuesta y gestionar la intervención, haciendo que sea un servicio potente. Coincidiendo con Arricivita (2013) en las prestaciones de un servicio de atención a las emergencias sociales como fortalezas. También el apoyo político e institucional del Ayuntamiento de Madrid supone otra de las fortalezas del

servicio, ya que les exige unos resultados y mantiene una eficiencia de respuesta positiva.

Entre las fortalezas del SAUS está el equipo de profesionales, especialmente su capacidad de trabajo, además de ser un equipo multidisciplinar con perfiles complementarios por sus aptitudes, tanto el psicólogo como el trabajador social y el técnico. También se considera fortalezas el reconocimiento por parte de los profesionales de la emergencia en la ciudad de Valencia y el diseño de nueva creación del servicio.

#### 9- Intervención multidisciplinar.

La intervención psicosocial y coordinación en emergencias a través de una intervención conjunta multidisciplinar e integral en emergencias es necesaria para minimizar el impacto emocional, fortaleciendo el tejido social, al individuo y a la comunidad. La coordinación en la emergencia entre los profesionales sanitarios, sociales, de seguridad, etc., persigue la atención integral biopsicosocial consiguiendo una mejor calidad asistencial y mayor sostenibilidad económica de los sistemas de protección. Además la plataforma 112 permite una activación inmediata de todos los intervinientes ante una emergencia, contribuyendo a la coordinación multidisciplinar (Pacheco et al., 2008-2010; Rodríguez y Jiménez, 2011; Erice y Arraztoa, 2010). La necesidad de intervención psicosocial es necesaria en la inmediatez de la situación traumática y también después, y no solo a los afectados sino también a los requiriendo profesionales psicólogos, trabajadores sociales y personal sanitario tal y como aconsejan autores como Gutiérrez (2001) y Lorente (2008). El SAMUR PC realiza intervención integral a través de sus profesionales sanitarios, psicólogos y trabajo conjunto con el SAMUR Social mediante procedimientos de intervención, interviniendo en multitud de emergencias socio-sanitarias. En las emergencias colectivas, AMV y catástrofes la intervención es integral en coordinación de los profesionales. Según el estudio de Coloma (2009), la intervención de los trabajadores sociales en situaciones de catástrofes y desastres persigue minimizar el impacto traumático y el fin último es ofrecer apoyo psicosocial en los primeros momentos para fortalecer la sociedad.

Podemos afirmar la necesidad de un abordaje integral de las emergencias por servicios sociales y sanitarios, además de la intervención en crisis por un psicólogo de guardia e intervención *in situ* las 24 horas, como es el caso de ROMEO del SAMUR PC, fomentando la prevención de problemas de salud mental y de patologías mentales a posteriori. Las emergencias comprometen necesidades sanitarias, psicológicas y sociales, requiriendo de respuestas inmediatas, integrales y en coordinación con los profesionales.

Podríamos decir que la incorporación del servicio de emergencias sociales SAUS al 112, al igual que está incorporado el servicio sanitario de emergencias sanitarias SAMU, permitiría el acceso universal a cualquier ciudadano que demandase ayuda, favoreciendo así la inclusión social, ya que al encontrarse el servicio incorporado en un sistema de respuesta general de emergencias, se rompería de esta forma la práctica habitual de generar una vía específica de acceso. Así mismo, incrementaría la colaboración con otros servicios de emergencia, contribuyendo a la coordinación.

Discusión de resultados

#### 10- Utilidad de los procedimientos o protocolos de actuación en emergencias.

Los servicios del SAMUR Social, SAMUR PC, SAMU y SAUS afirman que los procedimientos de intervención son necesarios y guían las actuaciones en la emergencia facilitando su resolución, coincidiendo con Pacheco, et al. (2008, 2010) y Barroeta y Boada (2011). Para el SAMUR PC y el SAMUR Social suponiendo de gran utilidad, para el SAMU son imprescindibles para la intervención y para el SAUS son útiles para la organización y buen funcionamiento del servicio.

En el caso Silveria facilitó la actuación conjunta entre el SUMMA-112, SAMUR Social y la residencia, obteniendo una actuación multidisciplinar, integral y coordinada. Permitió agilidad en el proceso, y la protección de Silveria frente a la situación de gran vulnerabilidad sufrida. Además los procedimientos ofrecen respuestas uniformes, normalizando las respuestas ante las emergencias y evitando conflictos al profesional, asegurando una respuesta inmediata, coordinada y organizada. Afirmamos la necesidad

de procedimientos de intervención conjunta entre el SAMU y el SAUS con el objetivo de ofrecer una respuesta integral, organizada y segura ante las emergencias socio-sanitarias y psicosociales en Valencia. El 76,4% de la respuesta del SAMU a la detección de la emergencia social fue el desconocimiento del procedimiento a seguir por los profesionales. Nos preguntamos por qué de la presencia de un recurso de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia (SAUS) y el desconocimiento de cómo proceder ante la detección de emergencias sociales por el SAMU.



## 7. CONCLUSIONES

La emergencia social supone una situación imprevista en relación al tiempo y al lugar en el que se produce, favoreciendo procesos de vulnerabilidad social y de riesgo social, manifestando estados ocultos de precariedad y marginación. Las situaciones de emergencia social son situaciones sobrevenidas, afectan a necesidades básicas y requieren inmediatez de respuestas que no pueden ser demoradas en el tiempo y que requieren de medios, recursos y actuaciones de un claro contenido específico, por lo que es necesario contar con profesionales del Trabajo Social con actitudes y aptitudes emergencistas, además de un Sistema de Servicios Sociales y de protección social que respalde su intervención. El Sistema Público de Servicios Sociales en nuestro país, nos ofrece servicios como instrumentos claves para el interés general de los ciudadanos y para la garantía de los Derechos Humanos Fundamentales. La protección social supone el conjunto de instrumentos utilizados por el Estado con el objetivo de promover y mejorar el bienestar social. Las necesidades urgentes, exigen una preferencia temporal ya que se originan por emergencia, imprevistos o faltas de programación, por eso deben de estar sujetas a intervención, destinando fondos para cubrirlas. El binomio necesidades-recursos sociales es el que objetiva el campo de la intervención del Trabajo Social. La vulnerabilidad, pobreza, exclusión y crisis suponen los nuevos horizontes explicativos de atención socio-sanitaria e intervención ante las emergencias sociales que son generadoras de situaciones de estrés personal. Las emergencias tienen unos efectos negativos sobre el bienestar biopsicosocial, acompañadas de reacciones psicológicas reflejas que pueden llegar a desarrollar problemas psicológicos a largo plazo tanto al afectado como al interviniente. Tanto la resiliencia como la inteligencia emocional son recursos psicológicos de afrontamiento ante situaciones de riesgo como son las emergencias individuales, colectivas y catástrofes. Existen otros recursos de afrontamiento cuando la situación sobrepasa las capacidades de la persona, entre ellos está la familia, los Servicios Sociales, recursos económicos, recursos de salud entre otros muchos que permiten amortiguar y favorecer la recuperación de los afectados a través de la prevención secundaria o fase de impacto. La intervención psicosocial en crisis o fase de impacto *in situ* requiere proximidad, inmediatez, expectativas sobre la

capacidad propia de afrontamiento, simplicidad en los métodos de adaptación y unidad basada en reestructurar la experiencia vivida para facilitar el control cognitivo. Además de la intervención existen recursos para hacer frente a situaciones de emergencia social cuando la valoración y diagnóstico social por los trabajadores sociales de emergencia lo estimen pertinente. Los servicios de atención a las emergencias sociales son servicios cuya competencia implica la intervención social e integral de las situaciones de desprotección generadas de manera imprevista por una emergencia social. Son servicios competentes en dar respuesta a las necesidades sociales de emergencia o de riesgo a través de la intervención de sus profesionales del Trabajo Social y de recursos socio-sanitarios como medio de protección, requiriendo necesariamente la coordinación con el resto de profesionales de la emergencia, proporcionando respuestas sociales que favorezcan el reestablecimiento de la normalidad, estabilidad social y personal. Nos hacemos las siguientes preguntas de investigación: ¿qué situaciones son generadoras de emergencias sociales (necesidades sociales) y quiénes las se detectan?, ¿qué colectivos son más vulnerables y presentan mayor riesgo de exclusión favoreciendo las emergencias sociales?, ¿cómo intervienen el SAMUR Social y el SAMUR PC/SUMMA-112 ante las emergencias sociales en la ciudad de Madrid y el SAUS y el SAMU ante las emergencias sociales en la ciudad de Valencia?, ¿qué recursos socio-sanitarios dan respuesta a las emergencias sociales en Madrid (SAMUR Social) y en Valencia (SAUS) y cómo se gestionan?, ¿cuáles son las fortalezas de los servicios de atención a las emergencias sociales en Madrid (SAMUR Social) y en Valencia (SAUS)?, ¿por qué es necesaria la intervención psicosocial y coordinación en emergencias (112)? y ¿por qué son útiles los procedimientos o protocolos de actuación en emergencia? Las preguntas han perseguido los principales objetivos del estudio: conocer la emergencia social generada por situaciones de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social en el servicio de emergencia sanitaria SAMU de la ciudad de Valencia, valorar y justificar la necesidad de un servicio de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia 24 horas a través del 112 y con recursos propios, y visibilizar la necesidad de una intervención psicosocial, integral y coordinada en situaciones de emergencia y el uso de procedimientos conjuntos.

Como principal situación tenemos la emergencia sanitaria que hace visible la emergencia social. Como necesidades sociales detectadas *in situ*, mayoritariamente se detectaron reacciones psicológicas reflejas de angustia emocional, malos tratos, pérdidas traumáticas de un ser querido por suicidio y situación de soledad sobrevenida a persona dependiente. Además, situaciones de necesidad de cuidados por enfermedad ante la falta de medios económicos o la mala gestión de los mismos y situaciones de insalubridad de domicilio, reflejando la incapacidad de afrontamiento frente a las necesidades básicas como consecuencia de la crisis económica.

Los colectivos con mayor probabilidad de sufrir una emergencia social son las personas mayores, personas con problemática social grave como las PSH, las mujeres con 2-3 situaciones de emergencia social (malos tratos, reacción de angustia emocional y soledad sobrevenida a persona dependiente), las personas en situación de dependencia, personas con problemas socio-sanitarios y en general las personas que tienen una red familiar de apoyo débil. Dentro de los colectivos vulnerables existen situaciones de mayor vulnerabilidad; es el caso de PSH con patologías crónicas, enfermos mentales con patologías y deterioro psico-orgánico sin red de apoyo familiar, personas mayores en situación de dependencia que viven solos, muertes traumáticas, enfermedades psiquiátricas, situaciones de pobreza como carencia de medios económicos y personas sin recursos que hayan sufrido una emergencia, incluida la crisis económica que puede agudizar estas situaciones, personas mayores en situación de soledad sobrevenida y sin red de apoyo familiar que pueda hacerse cargo.

El SAMUR PC es un detector de prestigio de los casos sociales de riesgo y emergencias sociales, ofrece atención integral biopsicosocial multidisciplinar por equipos sanitarios y psicólogo de emergencias ROMEO.

En la ciudad de Valencia, el SAUS es un servicio que solo puede ser activado por la policía local o los Servicios Sociales. El equipo es multidisciplinar de trabajadores sociales, psicólogos y técnicos en intervención, formado por 2 profesionales por día y guardia independientemente del perfil profesional. La competencia de la valoración de las necesidades sociales de emergencia es competencia

del equipo de guardia. La intervención es a través de la contención y derivación a los Servicios Sociales de Atención Primaria.

Los recursos socio-sanitarios dan respuesta a las emergencias sociales gestionándose para dar respuesta a las emergencias sociales.

El SAMUR Social de Madrid dispone de una red de recursos muy potente para dar respuesta. Disponen de 150 profesionales, 8 unidades móviles, 12 equipos de calle y la central del Servicio. Como recursos específicos dispone de alojamiento en plazas de emergencia para colectivos vulnerables. Tienen una partida económica de 120.000 € para hacer frente a necesidades como pago de billetes de tren o comprar unas gafas. Los recursos son de titularidad pública en su mayor parte, dependiendo del Ayuntamiento de Madrid y de la Comunidad de Madrid.

El SAUS de Valencia dispone de 10 profesionales y 1 unidad móvil, 1 plaza de emergencia en la casa de la Caridad y 3.000 € para hacer frente a las necesidades sociales. Los recursos son de titularidad privada mayoritariamente. La gestión del recurso lo realiza el equipo del SAUS independientemente del perfil profesional, derivándose todos los casos a los Servicios Sociales para que gestionen el recurso pertinente. No dispone de recursos propios para dar respuesta a las emergencias sociales.

Las fortalezas de los servicios de atención a las emergencias sociales como servicios de protección al ciudadano, ofrecen unas prestaciones, una cartera de servicios y recursos para atender, orientar, contener y dar apoyo emocional e intervención inmediata.

Los procedimientos o protocolos de actuación guían la intervención facilitando la resolución de la emergencia, suponen para los servicios de emergencias tanto sociales como sanitarios una fortaleza, útiles para la organización y su buen funcionamiento. Se consideran imprescindibles para la intervención porque ofrecen respuestas uniformes evitando conflictos al profesional, asegurando una respuesta inmediata. Además, los

procedimientos conjuntos entre servicios de emergencia facilita la actuación conjunta entre los mismos, igualmente una intervención multidisciplinar, integral y coordinada entre los profesionales.

Los hallazgos descritos permiten hacer visible la emergencia social y sus necesidades, detectadas por el primer interviniente, en especial los servicios de emergencias sanitarios como principales detectores y los servicios de emergencias sociales como servicios competentes en su intervención. Existen unas situaciones de emergencia y unos colectivos vulnerables de sufrir en mayor medida una emergencia social o situación de riesgo, requiriendo una respuesta inmediata e integral en el momento de su detección. La respuesta debe de ser profesional y según necesidades, sean sanitarias, sociales y/o psicológicas, ofreciendo una actuación multidisciplinar. El trabajador social es el profesional competente en la intervención de las emergencias sociales. Los recursos deben de adaptarse a las necesidades de emergencia, requiriendo recursos específicos según las mismas que permitan proteger al ciudadano de la emergencia sufrida. El SAMUR Social es un servicio de atención a las emergencias sociales pionero en Europa que presenta una amplia cartera de recursos. Los servicios de emergencia sociales disponen de unas fortalezas que permiten proteger a la comunidad ofreciendo intervención profesional y con respuestas adaptadas a las necesidades. La intervención psicosocial y en coordinación permite fortalecer el tejido social, además de salvaguardar la salud física, psicológica y social. La intervención en la emergencia demanda respuestas organizadas y uniformes que aseguren la respuesta, para ello se hace imprescindible el uso de procedimientos de intervención individuales y conjuntos. Todo lo expuesto permite concebir la necesidad de la atención profesionalizada en la emergencia a través de servicios competentes que valoren las necesidades y ofrezcan respuestas integrales. La emergencia social existe y requiere de su protagonismo, novel en la actualidad pero con una buena proyección de futuro.

La Política Social, la protección social y las leyes que apoyan la asistencia social contribuyen a satisfacer las necesidades entre ellas la Ley 7/1985, actualmente nueva Ley de Bases de Régimen Local Ley 27/2013 y la Ley 39/2006 de Promoción de la

Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, entre muchas otras citadas, permiten junto a los Servicios Sociales la inclusión de las personas en la sociedad y garantizan los Derechos Fundamentales.

Los resultados de la presente tesis han justificado la pertinencia de la investigación de los servicios de emergencias sociales y sanitarios de la ciudad de Madrid, permitiendo exponer la intervención socio-sanitaria tanto individual como conjunta ante una situación de emergencia social, sirviendo de ejemplo para la ciudad de Valencia.

Las conclusiones obtenidas en la siguiente investigación pretenden demostrar la necesidad de promover la intervención social de emergencia en la ciudad de Valencia por un servicio específico de emergencias sociales junto a la coordinación e intervención conjunta con el resto de profesionales, entre ellos los sanitarios, para ofrecer una atención integral de protección.

## 8. LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS

Como conclusiones del estudio podemos destacar que hay muchas áreas en las que profundizar en futuras investigaciones, como en los modelos de intervención, considerando la situación de emergencia que se va a encontrar el trabajador social como un imprescindible para guiar la intervención y facilitarla, la formación del trabajador social, indispensable para ofrecer asistencia profesionalizada y las líneas estratégicas de intervención en la coordinación y relación con otros profesionales, coincidiendo con los hallazgos de nuestro estudio.

En Valencia ocurren emergencias sanitarias, psicológicas y sociales a cualquier hora del día, necesitando un servicio de atención psicosocial con profesionales sociales y psicólogos. Sería necesaria la notificación de la detección de necesidades sociales de riesgo o de emergencia en el parte asistencial del SAMU para su seguimiento. En Valencia sería necesaria la intervención conjunta del SAMU y del SAUS las 24 horas, requiriendo además del trabajador social en el SAUS, unas funciones definidas del psicólogo, y su presencia diaria en el equipo. En Madrid, el SAMUR PC y el SAMUR Social intervienen conjuntamente en muchas situaciones socio-sanitarias de emergencia, cuyo mayor porcentaje de atenciones son las que producen deterioro físico, enfermedades mentales, enfermedades crónicas y adicciones de alcohol u otras drogas, requiriendo un trabajo en coordinación.

La plataforma de emergencias 112 realiza una gestión de la llamada activando a los servicios correspondientes, facilitando la coordinación y la respuesta de ayuda al ciudadano. En Madrid, el SAMUR Social junto al SAMUR PC, ROMEO y SUMMA-112 forman parte de los recursos del 112. Nuestra sugerencia es que en Valencia sería necesario incorporar al SAUS como recurso del 112 ante emergencias sociales, favoreciendo la respuesta y la coordinación.

Nos preguntamos por qué no disponer de servicios y profesionales sociales y sanitarios de emergencia en la ciudad de Valencia que intervengan de manera integral y coordinados.

Entre las limitaciones encontradas está el muestreo del SAMU, ya que fue un estudio voluntario y los profesionales eran reticentes a rellenar los formularios de detección de emergencias sociales. Además, muchos de ellos desconocían la existencia del servicio SAUS, no sólo los equipos SAMU de guardia sino también el CICU, limitando las detecciones y la intervención.

Durante la recolección de datos, en las encuestas y formularios de detección, hubo pérdidas por los constantes cambios de ambulancia, desapareciendo algunos de los cuestionarios.

En relación a las entrevistas, la escasa experiencia del SAUS no permitió recabar suficiente información de intervención para su posterior análisis.

En el Estudio de Caso, se tuvo que utilizar documentos de intervención con la usuaria sin poder contactar con Silveria por deterioro cognitivo.

En las etapas de análisis de la investigación tuvimos limitaciones por el bajo tamaño muestral lo cual afectó a la significatividad de algunas variables.

Por último, se encontró escasa bibliografía en emergencias sociales e intervención, siendo un campo relativamente novedoso. No obstante, creemos que hemos creado un precedente para avanzar y aportar nuevos conocimientos en el trabajo social de emergencia.

Como recomendaciones para investigaciones futuras proponemos un estudio cuantitativo en los municipios de la provincia de Valencia a través de las unidades SAMU distribuidas en Xàtiva, Onteniente, Gandía, Oliva, L'Alcúdia de Carlet, Sueca, Silla, Torrent, Lliria, Sagunto, Requena y Utiel. Se podría utilizar el cuestionario de detección de emergencias sociales con los profesionales médicos y enfermeros de las unidades, haciendo una formación previa de detección de emergencias sociales y de riesgos. Además, se podrían realizar entrevistas al servicio de emergencias sociales de la Comunidad de Madrid, que ejerce su intervención en los municipios de la Comunidad. Además, se realizaría conjuntamente una determinación de emergencias sociales en los



SSB de las poblaciones anteriormente citadas, teniendo como referencia las emergencias sociales totales como muestra poblacional. Por último, realizaríamos una revisión bibliográfica de servicios de emergencias sociales a nivel internacional como referentes, además de los nacionales.

## 9. PROPUESTA DE UN NUEVO RECURSO

A continuación exponemos en la figura 83 la propuesta de un nuevo recurso según las conclusiones del análisis de necesidades y evaluación de recursos socio-sanitarios que dan respuesta a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia.



Figura 83. Propuesta de un nuevo recurso de intervención ante las emergencias sociales en la ciudad de Valencia.

El nuevo recurso de intervención ante las emergencias sociales en la ciudad de Valencia pretende ser un servicio de acceso universal por cualquier persona y de acceso directo por el SAMU, agilizando la respuesta de emergencia que requiere inmediatez, a través de un árbol de decisiones en la plataforma 112 que clasifique la emergencia social y situaciones generadoras de emergencias sociales y psicológicas, para ello es necesario un locutor experimentado en emergencias sociales que pueda detectar y

valorar la emergencia social vía telefónica, activando al recurso nuevo SAUS. Son necesarias unidades móviles de intervención, que estén integradas por trabajador social y técnico de intervención y psicólogo y técnico de intervención, valorando el recurso pertinente el trabajador social de la central del servicio que será el que decida en última instancia el recurso móvil de activación. Ante una emergencia social, se desplazará el trabajador social y el técnico de intervención al lugar de la emergencia en la ciudad de Valencia, en un tiempo inferior de 30 minutos. Los trabajadores sociales de la central harán la función de locución y de seguimiento de los casos sociales, además de atender la UEB. Los trabajadores sociales de intervención estarán en las unidades móviles en turnos de día y de noche y en los equipos de calle con turnos de mañana y tarde. Los psicólogos harán turnos de día y de noche e intervendrán ante las emergencias psicológicas valoradas por el locutor de la central. La atención será ininterrumpida las 24 horas los 365 días de la semana y supervisada por un jefe de unidad. Todas las intervenciones se realizarán a través de procedimientos de intervención, individuales para las emergencias sociales y para las emergencias psicológicas. Además, se utilizarán procedimientos conjuntos ante emergencias individuales, colectivas y AMV/catástrofes con el SAMU para ofrecer una atención integral en la ciudad de Valencia, tomando como modelo la intervención del SAMUR PC/SUMMA-112 y SAMUR Social. El SAMU podrá acceder al nuevo SAUS de manera directa telefónica a través del CICU y notificará en su parte asistencial la detección de emergencias sociales y situaciones de riesgo. El nuevo SAUS dispondrá de recursos propios para atender la emergencia social, concertando con los recursos socio-sanitarios de la ciudad de Valencia plazas de emergencia a través de procedimientos, además de disponer de partidas económicas para las necesidades perentorias, billetes de tren, compra de medicamentos, etc., tomando como modelo el SAMUR Social. Como propuesta de futuro, se presentará en la Conserjería de Servicios Sociales de la ciudad de Valencia, en el centro de emergencias 112 de la provincia de Valencia (Eliana) y en el SES-SAMU de Valencia.

El servicio de emergencias sociales de la ciudad de Valencia, dependería orgánica y funcionalmente de la Sección de Gestión de Programas y Centros del Servicio de Bienestar Social e integración, Concejalía de Bienestar Social e Integración

del Ayuntamiento de Valencia. A través de la Sección se diseñarían y articularían las acciones a emprender por este servicio y las directrices a seguir para el cumplimiento de los fines de la Concejalía. La titularidad del Servicio sería municipal y de gestión indirecta. El servicio se adjudicaría a través de un procedimiento abierto de concurso por el servicio de contratación del Ayuntamiento de Valencia, atendándose a unos criterios establecidos a través de un pliego de cláusulas administrativas particulares. El contrato sería quinquenal. Actualmente está en funcionamiento la Fundación RAIS, a la que se le adjudicó el Servicio SAUS el 24 de junio de 2011 por primera vez y su posterior adjudicación ha sido en septiembre de 2013; su contrato es bianual.

Los destinatarios del Servicio totalmente público, serían las personas en situación de emergencia social individual, familiar, colectiva o catástrofe y PSH, ofreciendo protección e integración social. Como situaciones de emergencia social se entienden como aquellas que se producen por hechos imprevistos y repentinos que generan en las personas situaciones de vulnerabilidad social y que requieren de unas respuestas inmediatas y cualificadas, que respondan a las distintas necesidades que se generan de forma inesperada y en un plazo de tiempo brevísimo. Estas situaciones, desbordan las redes normalizadas y estables de respuesta social. Por ello sería necesaria la propuesta de un nuevo recurso de atención a las emergencias sociales que cubriese las 24 horas y los 365 días al año, siempre en coordinación con el resto de colectivos de la emergencia de la ciudad a través de procedimientos conjuntos, contribuyendo profesionalmente a normalizar en el menor tiempo posible la situación que ha desestabilizado la vida cotidiana del ciudadano. El acceso al mismo sería a través del teléfono de emergencias 112.

Este servicio supondría mejorar los recursos de la red de Servicios Sociales de la ciudad de Valencia, coordinando e integrando la emergencia y fortaleciendo el Sistema del Bienestar.

Para el funcionamiento del servicio se proponen RRHH de intervención directa y mandos de coordinación y dirección, unidades móviles, recursos materiales y ayudas

sociales para la emergencia social. El profesional de referencia sería el trabajador social para las emergencias sociales y el psicólogo para las emergencias psicosociales. El servicio dispondría de una central que sería atendida por profesionales que recibirán las llamadas de información y orientación o intervención en situaciones de emergencia social de la ciudadanía, de personal técnico y de otros servicios a través del 112. A partir de la llamada se realizaría una primera valoración y si la situación lo precisa, se activarían las unidades móviles, equipos de calle y los recursos o prestaciones sociales oportunas. En caso necesario, se desplazaría al lugar el equipo de guardia: trabajador social, psicólogo y técnico de integración, en función del aviso de emergencia. En sus instalaciones habrá una UEB con capacidad desde 25 hasta 50 personas, que dará respuesta a las necesidades de alojamiento y manutención de la población afectada por una situación de emergencia que requiera de seguimiento social y coordinación con los Servicios Sociales de la ciudad. Las unidades móviles (dos: una de 24 horas y otra de 12 horas) son los dispositivos que actuarían directamente en la calle donde se desarrolla la emergencia social y con las PSH. Los equipos de calle (tres equipos de trabajador social y un técnico en integración social cada uno de ellos) desarrollarían su actividad por las calles de Valencia, de lunes a viernes en turnos de mañana (6-14h). Estarían distribuidos por zonas o distritos y abarcarán todo el municipio de Valencia. Actuarían prioritariamente con los colectivos de PSH, desarrollando programas específicos de intervención. El trabajador social se desplazará al lugar ante toda emergencia social junto al técnico de integración. El psicólogo se desplazará al lugar cuando fuese requerida su intervención junto al técnico de integración, generalmente ante intervenciones de índole psicosocial: amortiguar el impacto emocional por PCR traumática; accidentes de tráfico; accidente laboral; intento autolítico; apoyo psicológico en inicio al duelo por accidente de tráfico; suicidio consumado, así como otros incidentes; evaluación y/o intervención psicológica en ideación o tentativa suicida; manejo psicológico en intentos autolíticos en curso; reducción de sintomatología psicosomática en sucesos no traumáticos; intervención psicológica en casos de violencia doméstica, en agresión sexual, en situaciones de maltrato infantil, con personas mayores en riesgo social/sospecha de maltrato, en atentados terroristas, accidentes de avión, accidentes de tren, sucesos de impacto social, en AMV, en desastres/catástrofes.

Cuando la emergencia lo requiriese, se desplazaría al lugar el trabajador social y/o psicólogo juntos con el técnico de integración social.

Todos los profesionales, incluidos los coordinadores y mandos, irían debidamente uniformados e identificados. Las unidades móviles tendrían unas isócronas no superiores a 30 minutos; para ello, dispondrían de señal acústica además de la luminosa.

Los trabajadores sociales serían la figura clave de la intervención social, reuniendo una serie de requisitos indispensables: disponibilidad total para intervenciones de urgencia, sensibilidad para realizar las tareas de detección y prospección avanzadas de las distintas problemáticas que, de forma tácita o expresa, se presentan en la ciudad, trabajo en equipo y, por tanto, necesidad de coordinación eficaz y pericia profesional para afrontar los, a veces, graves problemas que se plantean cotidianamente y a los que dan respuestas inmediatas. Los psicólogos realizarían una labor importante en intervención en crisis y atención de urgencias y emergencias de índole psicosocial, donde la atención integral psicosocial es fundamental. Los coordinadores y mandos de gestión del servicio, serán profesionales de la gestión de centros y servicios socio-sanitarios. Se trabajaría con el SAMU a través de procedimientos conjuntos ante emergencias socio-sanitarias y/o de índole psicosocial. La coordinación socio-sanitaria y coordinación entre los distintos servicios que actúan en una emergencia en la ciudad de Valencia, resulta imprescindible para una resolución eficiente de la situación, para ello, en el periodo de planificación del nuevo recurso, se realizarían tareas de coordinación y colaboración con los CMSS, CAST, SES-SAMU, centros de salud y hospitales, policía local, policía nacional, bomberos, PC, etc.

En cuanto a los recursos sociales y ayudas que se pondrían en marcha tras la valoración social, serían necesarios los siguientes: albergue de emergencia (alojamiento); alimentación (comida y bebida); dinero; traslado y evacuación; frío-calor (mantas, etc.); higiene personal; iluminación; información; medicamentos y productos sanitarios; muerte y duelo; red social formal en emergencias; reunificación familiar; ropa y calzado; vivienda; otros recursos: recursos sanitarios de urgencia-emergencia,

recursos de extinción de incendios y salvamento, recursos policiales de urgencia-emergencia; recursos legales y judiciales; recursos logísticos; recursos de gestión de emergencias.

El servicio tendría un seguimiento y evaluación (ver anexo 1) del mismo mediante actividades de coordinación y seguimiento, el solape (reuniones diarias en el fin de la guardia) y las memorias anuales, cuestionarios de satisfacción, además de las reuniones entre los coordinadores del servicio y los mandos. La empresa adjudicataria elaboraría y presentaría la documentación de seguimiento de la actividad, indicadores de calidad y de cumplimiento. También se realizarían informes de actividad semestrales y además, el servicio se someterá a un proceso de certificación de calidad, para un proceso de mejora y reconocimiento del servicio mediante una consultora externa que nos ayudaría a introducir un Sistema de Evaluación de Calidad, obteniendo la certificación correspondiente.

El servicio partiría del SAUS, previa constitución de un equipo promotor del proyecto, donde se realizarían una serie de tareas y actividades previamente hasta el pleno funcionamiento. Las exponemos a continuación algunas de las actividades a realizar entre otras: plan de marketing, cambio de Central del servicio, acondicionar y equipar, disponer de unidades móviles, contratación de personal, coordinación y colaboración con los SSB, plan de formación y simulacros, confeccionar catálogo de recursos sociales, establecer situaciones y circunstancias para activar el servicio, establecer isócronas, establecer procedimientos de emergencia social, individual, colectiva y gran emergencia, procedimientos de intervención del psicólogo y procedimientos de intervención conjunta con SAMU y otros servicios de emergencia, integrar el Servicio en el Sistema de Emergencias de Valencia 112, establecer programas específicos, sesiones formativas de funcionamiento del Servicio, coordinación y colaboración con el resto de grupos de acción de emergencias de la ciudad, puesta en marcha del servicio 24 horas al día 365 días al año, evaluación del servicio y un plan de Investigación.

Actualmente el SAUS se ubica en la Plaza Polo Bernabé s/n. La unidad móvil ocupa una zona de aparcamiento de vehículos oficiales en: C/ Amadeo de Saboya nº11, C/ Galicia y C/ Micer Mascó. El nuevo recurso se ubicaría en el distrito centro, en un edificio donde la visibilización del mismo fuese clave y el espacio para la nueva dotación, pueda cubrir las necesidades.

En relación a las necesidades de atención del servicio, serían, entre otras: abandono, expulsión o fuga de domicilio familiar de mujeres maltratadas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas, situación de soledad sobrevenida y dependencia, pérdida o desaparición de personas: ancianos solos, personas con problemas de orientación temporo-espacial, niños, otras vivencias o sucesos difíciles de matizar por su peculiaridad y que precisen intervención social inmediata, especialmente en PSH y enfermos mentales, desalojo de viviendas: preventivos, judiciales, administrativos, robo o pérdida de dinero y/o documentación, sobre todo en personas de paso, pérdida de alojamiento por impago de alquiler, situaciones de conflictividad colectiva: vecinal, de barrio, etc., personas o grupos de paso, que por circunstancias adversas, no pueden desplazarse al destino previsto y no disponen de recursos para su estancia y subsistencia.

Y las necesidades que se deben cubrir en una situación de emergencia serían: información del suceso ocurrido, del procedimiento a seguir y de los recursos disponibles, localización y agrupamiento familiar, apoyo psico-social, alojamiento, alimentación y atención a otros intervinientes y profesionales. Los servicios que se ofrecerían, pretenden cubrir cualquier situación de vulnerabilidad que genera toda emergencia social y cuyo objetivo es la inclusión social de todo ciudadano en la ciudad de Valencia, ya sean residentes, personas en tránsito o PSH.

Se pretendería difundir el servicio a través de un plan de marketing potente, donde la ubicación de la Central, las unidades móviles con un buen diseño gráfico, el acceso al servicio por el teléfono de emergencias 112, coordinación y colaboración con el resto de grupos de acción de las emergencias en la ciudad de Valencia, ferias de difusión de servicios de emergencias en la ciudad, foros especializados donde participen



otros servicios, campañas de comunicación en colegios de trabajadores sociales, de psicólogos, de médicos y de enfermería, escuelas y facultades, serían claves para impulsar la necesidad de reconocer la especialización del servicio y hacer un buen uso del mismo. Además de realizar una jornada bianual de emergencias en la ciudad de Valencia donde participase el SAUS, el SAMU, policía, bomberos y expertos en emergencias sociales a nivel nacional.

El presupuesto calculado<sup>51</sup> a partir del programa informático de la empresa adjudicataria del SAMUR Social de Madrid grupo 5 y de manera proporcional a la ciudad de Valencia se calculó para tres años, contando con una actualización de precios anual vía IPC (Índice de Precios al Consumidor/Consumo) del 3% con un presupuesto que asciende a 1.483.952 € anuales de los que cabe destacar las siguientes partidas: en la partida de RRHH contaríamos con un presupuesto anual de 1.007.339 euros, costes directos a soportar son el presupuesto de uniformes para los empleados de 23.400 €/año y la partida para alquiler de equipos informáticos con 18.000 €/año, el teléfono que tiene asignada una partida de 3.600 €/anuales el resto de suministros, así como el alquiler del local será asumido y sufragado por el ayuntamiento, una partida a tener en consideración que asciende a 58.700 €, para aprovisionamiento del centro en limpieza y droguería, servicios contratados a terceras personas como pueda ser la seguridad y vigilancia en el que la partida anual asciende a 131.400 €, una partida importante a resaltar es el dinero utilizado en catering, 109.500 € anuales considerando que el precio del menú asciende a 6 €, y se ha presupuestado una partida de desplazamientos profesionales que comprende desde gasolina y kilometraje de los empleados hasta transporte y alojamiento en viajes con un presupuesto de 12.768 € anuales. Se destinará una partida económica anual de 7.200 € para medicación, gafas, billetes de tren, etc.

El recurso propuesto supondría un servicio de atención a las emergencias sociales como respuesta a las necesidades analizadas y evaluación de recursos socio-sanitarios en la ciudad de Valencia.

---

<sup>51</sup> Datos extraídos del trabajo final de doctorado de la doctoranda Desirée Camús Jorques.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, M., Llobet, M. y Pérez, B. (2012). Los Servicios Sociales frente a la exclusión. *Revista de Servicios Sociales*, 51, 9-26.
- Alayón, N. (2008). Exclusión social y asistencia. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 81, 81-90.
- Alemán, C. (Coor.) (2009). *Políticas Sociales*. Navarra: Aranzadi.
- Alemán, C. y Ramos, M.M. (2006). Política social europea, En C. Alemán (eds.): *Política Social y Estado de Bienestar*. Valencia: Tirant lo Blanc, pp. 135- 180. Citado por Alemán, C. (Coord.) (2009). *Políticas Sociales*. Navarra: Aranzadi.
- Aliena, R. y Pérez J.V. (2006). Más allá del paradigma de los recursos. Los Servicios Sociales, el trabajo social y sus retos. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 22, 461-477.
- Álvarez, E. (2001). *Estudio de las necesidades sociales*. Badajoz: Mancomunidad de Servicios Sociales.
- Álvarez, A. (2008). Otra mirada a la exclusión social. *Trabajo social hoy*, 54, 179-184.
- Álvarez, A. (2008). El colectivo Alucinos-La Salle: una apuesta por el futuro de los más desfavorecidos. *Trabajo Social Hoy*, 54, 165-177.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Añón, M.J. y García, J. (Coors.) (2004). *Lecciones de derechos sociales*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Arcos, P., Castro, P. y Martín, D. (2014). La actividad asistencial de los Servicios de Emergencias Médicas en España. *Emergencias*, 26, 13-18.

- Ariño, A. (Dir.) (1999). *La rosa de las solidaridades. Necesidades sociales y voluntariado en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Fundació Bancaixa.
- Arteaga, N. (2008). Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel. *Sociológica*, 68, 151-175.
- Arricivita, A.L y Pérez, P. (2005). Intervención psicosocial en catástrofes. El punto de vista de los actores. *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 3, 44-46.
- Arricivita, A.L. (2009). *Manual de recursos para la gestión de la atención social*. Huesca: Gráficas Alós.
- Arricivita, A.L. (2006). La intervención social (o psicosocial) en emergencias y catástrofes. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 74, 27-42.
- Arricivita, A.L. (1999). Emergencias: la intervención del trabajador social. *Trabajo Social y Salud*, 34, 335-342.
- Arricivita, A.L. (2013). *Manual para trabajadores sociales y otros profesionales de la ayuda*. Huesca: Gráficas Alós.
- Arriba, A. y Pérez, B. (2007). La última red de protección social en España: prestaciones asistenciales y su activación. *Política y Sociedad*, 44, 2, 115-133.
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2013). Informe sobre el Desarrollo y Evaluación Territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. X Dictamen del Observatorio.
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2014). Índice de Desarrollo de los Servicios Sociales. DEC Derechos Economía Cobertura.
- Ayuntamiento de Madrid (2012). Área de Gobierno de Familia, Servicios Sociales y participación ciudadana. Memoria de actividades Ejercicio.

- Ayuntamiento de Madrid (2012/2013). Dirección general de Emergencias y Protección Civil. Memoria del SAMUR Protección Civil.
- Ayuntamiento de Valencia (2012). Concejalía de Bienestar Social e Integración. Memoria del Servicio de Bienestar Social e Integración.
- Ballester, L. (1999). *Las necesidades sociales. Teorías y conceptos*. Madrid: Síntesis.
- Bankoff, G., Frerks, G. y Hilhorst, D. (2004). *Mapping vulnerability. Disasters, development and people*. London: Earthscan.
- Barrenechea, S. (2010). Los enfermos mentales sin hogar, más allá de la exclusión. *Trabajo Social Hoy*, 61, 51-80.
- Barriga, L.A. (2009). Aportaciones del trabajo social en las situaciones de emergencia y crisis: identidad, funciones, visibilidad. *Trabajo Social Hoy*, 58, 143- 159.
- Barroeta, J. y Boada, N. (2011) (Coor.). Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. Madrid: Mensor.
- Barrón, A. y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7, 53-59.
- Belis, V. y Moreno, A. (2002). Evolución del Sistema de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana. *Arxius de sociologia*, 7, 9-24.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós Básica.
- Boeree, G. y Gautier, R. (2006). *Teorías de la personalidad. Una selección de los mejores autores del siglo XX*. Universidad Iberoamericana: UNIBE.
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research*, 6, 1, 97-113.

- Bueno, J.R. (1991). *Hacia un modelo de Servicios Sociales de acción comunitaria*. Madrid: Editorial Popular.
- Bueno, J.R. (1992). *Los Servicios Sociales como sistemas de protección social*. Valencia: Nau Llibres.
- Bueno, J.R. (Dir.) (1997). *Exclusión e intervención social. Programa Europeo Sócrates – Erasmus PIC N° 4071*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Bueno, J.R. (2000). Concepto de representaciones sociales y exclusión. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 11, 23-48.
- Bueno, J.R. (2002). La inclusión y los procesos de intervención social. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 16, 293-327.
- Bueno, J.R. (2011). El paradigma de la vulnerabilidad y exclusión social (p.55-64). En S. Pinazo (Dir.), *Autonomía personal y Dependencia. Bases teóricas y práctica social*. Valencia: Publicaciones de la Universidad de Valencia.
- Caballol, J.M. (2010). *Un despacho sin puertas. Bloque II*. Madrid: Fundación RAIS.
- Camús, D. (2012). Trabajo de investigación de doctorado inédito. Propuesta de creación de un servicio social de atención a las emergencias sociales en la ciudad de Valencia. Análisis de necesidades y recursos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- Cardona, M.A. (2013). Apoyo psicosocial en emergencias y desastres. *Revista Psicosocial y emergencias, II Época, marzo*, 1-6. Publicación digital disponible en: <http://psicosocialyemergencias.com>
- Casasempere, A. (2011). *Curso de análisis de datos cualitativos con ATLAS.ti*. Alicante: Cualsoft.

- Castel, R. (1995). De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Archipiélago*, 21, 27-36.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Argentina: Editorial Paidós.
- Castel, R., Touraine, A., Bunge, M., Ianni, O. y Giddens, A. (2001). *Desigualdad y globalización. Cinco conferencias*. Buenos Aires: Manantial SRL.
- Castel, R. (2003). *L'Insécurité sociale. Qu'est-ce qu' être protégé?* Francia: La Republique des Idées. Seuil.
- Castel, R. (2004). *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*. Barcelona: Gedisa.
- Centro de Emergencias 112 de la Comunidad de Madrid. Disponible en: [www.madrid112.es](http://www.madrid112.es)
- Cejudo, R. (2007). Capacidades y libertad. Una aproximación a la teoría de Amartya Sen. *Revista Internacional de Sociología*, 47, 9-22.
- Coloma, A. (2009). Una aproximación a la intervención del trabajo social comunitario en situaciones de catástrofes y desastres. *Cuadernos de Trabajo Social*, 22, 243-257.
- Colectivo IOÉ (2011). Efectos sociales de la crisis. Una evaluación a partir del Barómetro Social de España. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, 113, 177-188.
- Cortés, L., Antón, F., Martínez, C. y Navarrete, J. (2008). Lecciones y enseñanzas de la intervención pública sobre la exclusión residencial. *Trabajo Social Hoy*, 2º semestre, 27-40.

- Creswell, J. y Plano, V. (2010). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cruz Roja Española (2013). Departamento de Estudios e Innovación Social. Informe Anual sobre la Vulnerabilidad Social.
- De Dios, J. y Torres, R. (2010). *Estado y Sistemas de Bienestar*. Madrid: Ediciones Académicas.
- De las Heras, M.P. (1997). El fenómeno de la pobreza y programas de lucha contra la pobreza. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 38, 67- 82.
- De la Red, N. (2011). Derechos económicos y sociales: nuevos y viejos compromisos del trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 63, 73- 95.
- De la Rosa, P. (2008). La evaluación de programas de intervención social. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 38, 67-82.
- De Martinis, M., Franceschi, C., Monti, D. y Ginaldi, L. (2006). Inflammation markers predicting frailty and mortality in the elderly. *Experimental and Molecular Pathology*, 80, 219-227.
- Del Caz, R., Gigosos, P. y Saravia, M. (2004). Geografía urbana de la pobreza. *Archipiélago*, 62, 33-40.
- Dirección General de Tráfico (2013). Anuario Estadístico de Accidentes de Tráfico Servicio de Estadística. Subdirección General de Análisis y Vigilancia Estadística.
- Dirección General de Protección Civil y Emergencias (2012). Guía técnica. Planificación e intervención Psicosocial en emergencias y catástrofes 2012. Consultado el 4 de octubre de 2013 de [www.proteccioncivil.es](http://www.proteccioncivil.es)



- Dirección General de Igualdad de Oportunidades (2013). Subdirección General de Inclusión y Atención a la Emergencia. Departamento de SAMUR Social y Atención a Personas sin Hogar. Memoria de actividades ejercicio SAMUR Social Madrid.
- Duque, J.M. (2006). Acción Social Municipal en situaciones de urgencias y emergencias en el Ayuntamiento de Bilbao. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 74, 59-74.
- Duque, J.M y Murguía, M.J. (2011). La emergencia social: ámbito (privilegiado) de intervención para los Servicios Sociales. Gestión en el Ayuntamiento de Bilbao. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 94, 69-82.
- Erice, M<sup>a</sup>.J. y Arraztoa, A. (2010). La escala de valoración de la dependencia como instrumento para la coordinación sociosanitaria. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 91, 93-105.
- Escartín, A. (2006). El servicio de emergencias sociales en un ámbito rural. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 74, 89-98.
- Esnaola, M.T., Barriga, L. y Martínez, M.A. (2007). El perfeccionamiento del Sistema Público de Servicios Sociales: lo mínimo y lo máximo. *Trabajo Social Hoy*, 52, 57-64.
- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia, Alfons el Magnànim. Citado en Felipe Tío, M.J. (2004) *Un análisis del sistema de protección social de la Comunidad Valenciana*. Tesis Doctoral. Departamento de Sociología y Antropología Social. Universidad de Valencia.
- Estivill, J. (2008). Vulnerabilidades, una nueva conceptualización. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 81, 9-28.
- Euroestat (1996). SEEPROS. *Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección social*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurostat (2011). *ESSPROS Manual. The European System of Integrated Social Protection Statistics*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Fantova, F. (2008). *Sistemas públicos de Servicios Sociales. Nuevos derechos, nuevas propuestas*. Documento en línea de la Universidad de Deusto. Recuperado el 3 de octubre de 2014 de: <http://www.deustopublicaciones.es/deusto/pdfs/cuadernosdcho/cuadernosdcho49.pdf>

Faus, F. y Santainés, E. (2013). *Búsquedas bibliográficas en bases de datos. Primeros pasos en investigación en ciencias de la salud*. Barcelona: Elsevier.

Felipe, M.J. (2004). *Un análisis del Sistema de Protección Social de la Comunidad Valenciana*. Tesis Doctoral. Departamento de Sociología y Antropología Social. Universidad de Valencia.

Fernández, D., Aparicio, C., Pérez, J.L. y Serrano, A. (2008). *Manual de enfermería en emergencia prehospitalaria y rescate*. Madrid: Arán.

Fernández, T. y López, A. (2008). *Trabajo Social comunitario: afrontando juntos los desafíos del siglo XXI*. Madrid: Alianza Editorial.

Fernández, T. y de la Fuente Y. (Coors.) (2009). *Política Social y Trabajo Social*. Madrid, Alianza Editorial.

Fernández, J.N. (2011). Servicios Sociales, derechos de ciudadanía y atención centrada en la persona. *TS nova*, 3, 37-48.

Fernández, D. (2004). *La protección social en la Unión Europea*. Documento en línea recuperado el 19 de julio de 2013 de <http://es.scribd.com/mobile/doc/55173014>

Ferrer, I. (2006). El Servicio de Emergencias Sociales del Ayuntamiento de Barcelona. *Revista de servicios sociales y política social*, 74, 43-58.

- Ferrer, I. (2010). La experiencia del Servicio de Emergencias Sociales de Barcelona. *Psicosocial y Emergencias edición electrónica*. Documento en línea recuperado el 19 de julio de 2013 de: [http:// www.psicosocialyemergencias.com](http://www.psicosocialyemergencias.com)
- Ferrer, I. (2011). El servicio de emergencias del Ayuntamiento de Barcelona. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 94, 83-90.
- Figueredo-Ferraz, H., Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P.R. Y García-Juesas, J.A. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, 24, 271-276.
- Fouce, J.G., Parisi, E.R., y Flores, J.M. (2005). Psicología y compromiso. La experiencia de psicólogos sin fronteras. *Intervención psicosocial*, 1, 95-106.
- Fraser, M.W., Rischman, J.M. y Galinsky, M.J. (1999). Risk, protection and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research*, 23, 131-143.
- Fundación FOESSA, Cáritas Española (2008). VI Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España.
- Fundación FOESSA, Cáritas Española (2012). Informe de Análisis y Perspectivas sobre Exclusión y Desarrollo Social.
- Fundación FOESSA, Cáritas española (2013). *Desigualdad y Derechos Sociales. Análisis y perspectivas*.
- Fundación FOESSA, Cáritas Española (2014). Informe sobre Precariedad y Cohesión Social, Análisis y Perspectivas.
- Fundación FOESSA, Cáritas Española (2014). VII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España.

García-Roca, J. (2010). Mecanismos de exclusión y rostros de vulnerabilidad en tiempos de crisis. Las personas sin hogar como desveladoras (p.17-40). En J.A. Illán (Coord.), *Un despacho sin puertas. Trabajo de calle con personas sin hogar*. Madrid: Fundación RAIS.

García, J. (2007). La intervención social ante las necesidades sociales emergentes. *Trabajo Social Hoy*, 50, 77-98.

García, J.J, Mellado, F.J, García, G. (2001). Sistema integral de urgencias: funcionamiento de los equipos de emergencias en España. *Emergencias*, 13, 326-331.

García, L., Muñoz, D. y Pérez, J.M. (2006). *Manual de enfermería en urgencias y emergencias. Módulo I*. Sevilla: MAD.

Generalitat Valenciana (2011-2013). Consellería de Bienestar Social. II Plan para la Inclusión y Prevención de la Exclusión Social de la Comunitat Valenciana.

Gil, J. (2012). Desastres, emergencias y catástrofes: ¿cuáles son las implicaciones psicosociales que generan estas situaciones?. Documento en línea del *Observatorio Psicosocial de Recursos en Situaciones de Desastre OPSIDE*. Universitat Jaume I. Recuperado el 3 de octubre de 2014 de [www.opside.uji.es](http://www.opside.uji.es)

Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales (2009). Guía metodológica para la incorporación de los Derechos Humanos en la Cooperación al Desarrollo.

Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.

Gómez-Jacinto, L. (2008). La tabla rasa, el cerebro social y la mente seductora. *Paradigma: revista universitaria de cultura*, 6, 10-12.

Gómez, R. (2010). Pobreza y exclusión social en España: desafíos para el Trabajo Social. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 92, 139-147.

- González, M.C. (2012). *Impacto de las urgencias extrahospitalarias en Valencia. Morbilidad y utilización geriátrica*. Valencia: EVES. Conselleria de Sanitat.
- Gough, I y Doyal, A. (1986). Necesidades sociales y Estado del Bienestar. II Jornadas de Economía de los Servicios Sociales. Madrid. Citado en J.R. Bueno Abad, J.R (1992). *Los Servicios Sociales como sistemas de protección social*. Valencia: Nau Llibres.
- Greene, J., Caracelli, V., y Graham, W. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-method Evaluation Designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11, 3, 255-274.
- Gutiérrez, M. (2011). Una experiencia de voluntariado corporativo en el mundo de la exclusión social. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 95, 57-62.
- Gutiérrez, L. (2001). Los equipos de emergencias: impacto psicológico tras el desastre. Citado por A.L. Arricivita (2013). *Manual para trabajadores sociales y otros profesionales de la ayuda*. Huesca: Gráficas Alós.
- Heller, A. (1996). *Una revisión de la teoría de las necesidades*. Barcelona: Paidós.
- Illán, J.A. (Coor.) (2010). *Un despacho sin puertas. Trabajo de calle con personas sin hogar*. Madrid: Fundación RAIS.
- Instituto Nacional de Estadística (2013). Encuesta de Condiciones de Vida. Documento en línea consultado el 24 de julio de 2014 de <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=6184>
- Instituto Nacional de Estadística INE. Consultado el 24 de enero de 2015 de <http://www.ine.es>
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC.

- Jurado, C. y de Grado, E. (1999). Análisis de un caso desde la perspectiva psicosocial. *Cuadernos de Trabajo Social*, 12, 199-218.
- Kanaan, A., Cea, V. Y Huertas, P. (2008). Mecanismos de coordinación asistenciales en un plan de emergencia ante catástrofe. *Revista de la Escuela de Medicina Legal*, 9, 13-21.
- Karsz, S. (Coor.) (2004). *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Khan, I. (2010). *La verdad no escuchada. Pobreza y derechos humanos*. Madrid: Fundamentos.
- Las Heras, P. y Cortajarena, E. (1985). *Introducción al bienestar social*. Madrid: Siglo veintiuno de España.
- Lecertúa, M<sup>a</sup>.J. (1997). El Servicio de Urgencias Sociales. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 38, 109-114.
- Lima, A.I. (2011). Servicios Sociales, Trabajo Social y crisis. *Servicios Sociales y Política Social*, 93, 83-92.
- Lorente, F. (2008). *Asistencia psicológica a víctimas: psicología para bomberos y profesionales de las emergencias*. Madrid: Arán.
- Madeira, S., Fernández, M.L., Grondona, C., Ismach, S., y Riqué, D. (2011). El trabajo social en los Servicios de Urgencia: una experiencia en el hospital P. Piñero. *Revista Debate público. Reflexión de Trabajo Social*, 2, 21-27.
- Malinowski (1944). A scientific theory of culture and other essay Traducción al castellano. Barcelona: Ediciones Edhusa. Citado en Bueno Abad, J.R (1992). *Los servicios sociales como sistemas de protección social*. Valencia: NAU llibres.

- Marcuello, A.A. (2006). Intervención psicológica inmediata en catástrofes. *Revista Psicología Online*. Documento en línea consultado el 3 de octubre de 2014 de: [http:// www.psicologiaonline.com/articulos/2006/psicologica\\_catastrofes.shtml](http://www.psicologiaonline.com/articulos/2006/psicologica_catastrofes.shtml).
- Marshall, T.H. (1965). *Social Policy in the Twentieth Century*. Londres: Hutchinson University Library. Citado en Montagut, T. (2000). *Política Social. Una introducción*. Barcelona: Ariel.
- Marshall, T.H. (1997). Ciudadanía y clase social. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 79, 297-344.
- Martínez, C., Alonso, C., Castro, P., Álvarez, P., Oviedo, C. y Ellwanger (2004). Efectividad de la Técnica de Intervención en Crisis en un Servicio de Urgencia de un Hospital General. *Terapia Psicológica*, 22, 177-184.
- Martín, J. (2009). Análisis de la intervención en grandes emergencias desde el Servicio de Emergencia Social de la Comunidad de Madrid. *Trabajo Social Hoy*, 58, 161-171.
- Martín, D., Arcos, P. y Castro, R. (2014). Los recursos médicos y de enfermería de los sistemas de emergencias médicas y centros de coordinación de urgencias en España. *Emergencias*, 26, 7-12.
- Mariño, F., Gómez-Galán, M. y de Faramiñán, J.M (Coors.) (2011). *Los derechos humanos en la sociedad global: mecanismos y vías prácticas para su defensa*. Madrid: Cideal.
- Manzano, L. (2008). Inmigración, exclusión social y personas sin hogar ¿la multiculturalización de la exclusión? *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 84, 41-60.
- Meneses, J. (2010). *El qüestionari*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Milián, C., Plaxats, M.A., Román, A. y Romero, M.I. (2006). La trabajadora y el trabajador social emergencista (perfil, formación, marco legal, y una experiencia de intervención en el ámbito internacional). *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 74, 113-133.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011-2012). Memoria del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia, Secretaría General de Política Social y Consumo.

Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio ambiente (2012). Perfil ambiental en España. Informe basado en indicadores.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Resumen evaluación. Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Informes, Estudios e Investigación. Configuración de una red local de atención a personas sin hogar integrada en el Sistema Público de Servicios Sociales 100 argumentos y propuestas.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013-2016). II Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social.

Moix, M. (1980). Algunas precisiones sobre el concepto de la política social como disciplina científica. Su definición. *Revista de Política Social*, 127, 5-29.



- Monereo, J.L. (1995). La política social en el Estado del bienestar: los derechos sociales de la ciudadanía como derechos de desmercantilización. *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, 19, 7-46.
- Monroy, S.H. (2009). El estudio de caso: ¿método o técnica de investigación? *Revista de la Asociación Mexicana de Metodología de la Ciencia y de la Investigación*, 1, 38-64.
- Moreno, A. (2012). Com afecta la crisi al sistema de Serveis Socials. *TS Nova: Trabajo Social y Servicios Sociales*, 5, 73-84.
- Moreno, J. y Romero, A.M. (2009). Mujer, exclusión social y renta activa de inserción. Especial referencia a la protección de las víctimas de violencia de género. *Revista internacional de Organizaciones*, 3, 131-156.
- Morse, J.M. (1991). Approaches to qualitative and quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*, 40 (2), 120-123.
- Morse, J.M y Richards, L. (2002). *User's guide to qualitative methods*. London: Sage.
- Montagut, T. (2000). *Política Social. Una introducción*. Barcelona: Ariel.
- Montalvo, J. (2003). El Instituto de Reformas Sociales como precedente del Consejo Económico y Social. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Extra 1*, 115-118.
- Montoro, R. (1997). La reforma del Estado del Bienestar: derechos, deberes e igualdad de oportunidades. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 79, 9-41.
- Muñoz, C. (2008). Políticas sociales de vivienda, análisis de la situación española y breve presentación de buenas prácticas europeas. *Trabajo Social Hoy*, 54, 115-134.
- Naciones Unidas (2000). Informe sobre el Desarrollo Humano. Derechos Humanos y Desarrollo Humano.

Naciones Unidas (2006). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de Derechos Humanos en la Cooperación para el Desarrollo*. Nueva York y Ginebra, Naciones Unidas.

Naciones Unidas (2013). Informe sobre el Desarrollo Humano. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso.

Naredo, J.M. (2008). Ideología económica, crisis y deterioro social. *Archipiélago*, 83-84, 21-32.

Navarro, V. y Quiroga, A. (2003). La protección social en España y su desconvergencia con la Unión Europea. Documento en línea recuperado el 23 de julio de 2013 de [http://www.pce.es/secretarias/secmovsocial/protec\\_social\\_espa.pdf](http://www.pce.es/secretarias/secmovsocial/protec_social_espa.pdf)

Ochado, C. (1999). *El Estado del Bienestar. Objetivos, modelos y teorías explicativas*. Barcelona: Ariel. Citado en Felipe Tío, M.J. (2004). *Un análisis del Sistema de Protección Social de la Comunidad Valenciana*. Tesis Doctoral. Departamento de Sociología y Antropología Social. Universidad de Valencia.

Olmedo, M. (2008). Primeras jornadas Trabajo Social y voluntariado en grandes emergencias. *Trabajo Social Hoy*, 54, 55-58.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <http://www.who.int/es/>

ONU-DAES (2014). Decenio Internacional para la acción “El agua fuente de vida” 2005-2015. Documento en línea consultado el 15 de enero de 2015 de [http://www.un.org/spanish/waterforlifedecade/water\\_cities.shtml](http://www.un.org/spanish/waterforlifedecade/water_cities.shtml)

Ortega, M.T., Rabanaque, M.J., Júdez, D., Cano, M.I., Abad, J.M. y Moliner, J. (2008). Perfil de los usuarios y motivos de demanda del servicio extrahospitalario 061. *Emergencias*, 20, 27-34.

Pacheco, T., Condés, M.D., Pérez, E., Benegas, J.N. y Ajates, B. (2008). Psicología: Disciplina necesaria en emergencia extrahospitalaria. *Prehospital Emergency Care*, 4, 383-390.

- Pacheco, T. (2010). Emergency response psychology in Madrid. Documento en línea recuperado el 20 de diciembre de 2013 de [www.thepsychologist.org.uk](http://www.thepsychologist.org.uk)
- Palma-García, M.O. y Hombrados-Mendieta, I. (2013). Trabajo social y resiliencia: revisión de elementos convergentes. *Portularia*, 13 (2), 89-98.
- Paugam, S. (2007). *Las formas elementales de la pobreza*. Madrid: Alianza editorial.
- Parajuá, D. (2010). La política de la exclusión. *Trabajo Social Hoy*, 61, 125-137.
- Picó, J. (1996). *Modelos sobre el Estado del Bienestar. De la ideología a la práctica*. En Casilda, R. y Tortosa, J.M. (edit.). “Pros y contras del Estado del Bienestar”. Madrid: Tecnos, pp. 37-57. Citado en Felipe Tío, M.J. (2004). *Un análisis del sistema de protección social de la Comunidad Valenciana*. Tesis Doctoral. Departamento de Sociología y Antropología Social. Universidad de Valencia.
- Perdomo, S. (2009). Servicios Sociales Planteamientos de Identidad y necesidad de un sistema. *Trabajo Social Hoy*, 58, 81-109.
- Pérez, B. (2005). *Políticas de Activación y Rentas Mínimas*. Tesis Doctoral. Universidad Pública de Navarra. Madrid: Cáritas Española.
- Pérez, M.L. (2007). Coordinación. *Trabajo Social Hoy, monográfico: Trabajo social y Sistema Público de Salud*, 67-73.
- Pérez, D. (2008). Unas primeras reflexiones sobre la intervención de los trabajadores sociales en el accidente aéreo de Spanair. *Trabajo Social Hoy*, 54, 159-163.
- Pérez, D (2009). La emergencia como código de activación en el teléfono único de emergencias “el 112”. *Revista Psicosocial y Emergencias*. Documento en línea consultado el 3 de octubre de 2014 de [http://www.psicosocialyemergencias.com/articulos/05/f\\_articulos\\_y\\_reflexiones/articulo.php](http://www.psicosocialyemergencias.com/articulos/05/f_articulos_y_reflexiones/articulo.php)

- Pérez, D (2011). El Samur Social como servicio social de atención a las emergencias sociales. Su papel en la catástrofe del atentado terrorista del 11M y en el grave accidente aéreo de Spanair. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 94, 9-31.
- Polít, D. y Hungler, B. (2000). *Investigación científica en Ciencias de la Salud* (6ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Ramírez, J.M. (2011). Impacto de la Ley de la Dependencia en los Servicios Sociales Generales, *TS Nova*, 3, 21-38.
- Raya, E. (2008). Viejas y nuevas pobrezas: exclusión e incorporación social en el siglo XXI. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 81, 41-62.
- Real, P. y Calabozo, F. (2012). Servicio de Emergencias Sociales del Ayuntamiento de Sevilla. *Psicosocial y emergencias edición digital*. Documento en línea consultado el 17 de septiembre de 2104 de [http:// www.psicosocialyemergencias.com](http://www.psicosocialyemergencias.com)
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (22.ª ed.). Consultado el 4 de octubre de 2013 de <http://www.rae.es>
- Rodríguez, G. (2004). El Estado del bienestar en España: debates, desarrollo y retos. Madrid: Ed. Fundamentos. Citado en Subirats, J. (Dir.) (2007). *Los Servicios Sociales de Atención Primaria ante el cambio social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Rodríguez, A. y Jiménez, A. (2011). Nuevas necesidades, nuevos derechos, nuevos empleos: Dependencia y creación de empleo. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 93, 9-44.
- Sáez, J., Pinazo, S. y Sánchez, M. (2008). La construcción de los conceptos y su uso en las políticas sociales orientadas a la vejez: la noción de exclusión y vulnerabilidad

en el marco del envejecimiento. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 75, 75-94.

- Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Londres: Sage.
- Sales, R. (2005) *Análisis del proceso de cuidados de enfermería en una sala de psiquiatría*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina.Universidad de Sevilla.
- Salvador, L., Rivas, M., y Sánchez, S. (2008). Violencia y maltrato de género (y III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. *Emergencias*, 20, 343-352.
- Sánchez, M. (1997). Atención social a personas en situación de extrema pobreza en una ciudad. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 38, 121-128.
- Santuny, F.J. (2004). Juvenalización de la pobreza. *Trabajo Social Hoy*, 42, 81-99.
- Sarasa, S. y Giner, S. (1995). *Altruismo cívico y político social*. Barcelona: Institut d'Estudis Avançats. Universitat Pompeu Fabra. Citado en Subirats, J. (Dir.), (2007). *Los Servicios Sociales de Atención Primaria ante el cambio social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Serrano, P. Tena-Dávila, M.C, Pereyra, E. Molina, E. y Collado, E. (2007). *Los mayores y sus vecinos*. Madrid: Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.
- Serrano, P., Martínez, Y., Vázquez, P., Rodiño, A., López, A. y García, G. (2011). La crisis vista desde abajo. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 93, 45-66.
- Serrano, P. (2013). Atención a mayores vulnerables: El acercamiento a quienes no demandan. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 299-327.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting Qualitative Data*. Londres: Sage.

- Slakieu A. (1989). *Intervención en crisis: manual para la práctica y la investigación*. México: Manual Moderno.
- Subirats, J. (Dir.) (2003). *Un paso más hacia la inclusión social. Generación de conocimiento, políticas y prácticas para la inclusión social*. Madrid: Instituto de Gobierno y Políticas Públicas.
- Subirats, J. (Dir.) (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- Subirats, J. (Dir.) (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. Generalitat de Catalunya: Fundación BBVA.
- Subirats, J. (Dir.) (2007). *Los Servicios Sociales de Atención Primaria ante el cambio social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Subirats, J., Alfama, E. y Obradors, A. (2009). Ciudadanía e inclusión social frente a las inseguridades contemporáneas. La significación del empleo. *Documentos de trabajo (Fundación Carolina)*, 32, 133-142.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. Enferm.*, 2, 9-21.
- Titmuss, R.M. (1981). *Política Social*. Barcelona: Ariel. Citado en Montagut, T. (2000). *Política Social. Una introducción*. Barcelona: Ariel.
- Uceda-Maza, F.X. y García-Muñoz, M. (2010). Una radiografía dels Serveis Socials valencians. *TS Nova: Trabajo Social y Servicios Sociales*, 1, 9-22.
- Uceda-Maza, F.X. y García-Muñoz, M. (2010). Los Servicios Sociales en España: itinerarios comunes, escenarios divergentes. ¿Cuál debería ser el mínimo común de protección social? *Servicios Sociales y Política Social*, 89, 83-98.

- Uceda i Maza, F.X y Andrés, F. (2007). Aportaciones para la reconstrucción de los servicios sociales en el País Valenciá. *Seminario La red pública de servicios sociales municipales en la Comunidad Valenciana: Retos y futuro del sistema público de servicios sociales de la Comunidad Valenciana*. Valencia: UGT-PV.
- Uceda i Maza, F.X. (2011). *Adolescentes en conflicto con la ley. Una aproximación comunitaria: trayectorias, escenarios e itinerarios*. Tesis Doctoral. Departamento de Sociología y Antropología Social. Universidad de Valencia.
- Uceda i Maza, F.X., Pitarch, M.D., Pérez, J.V. y Rosaleny i Castell, R. (2012). La evolución de la estructura básica de Servicios Sociales en la Comunitat Valenciana: treinta años en el área metropolitana de Valencia. *Arxius de Ciències Socials*, 27, 83-100.
- Ugalde, N. y Balbastre, F. (2013). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. *Ciencias Económicas*, 31, .2, 179-189.
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Consultado el 4 de octubre de 2013 de <http://en.unesco.org>
- United Kingdom Data Archive (2011). *Managing and sharing data*. Colchester, Reino Unido: Universidad de Essex.
- VVAA (2004). Aproximación al Trabajo Social en la emergencia. Un nuevo contexto de intervención. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 66, 151-155.
- World Helath Organization (WHO). Frequently asked questions. Consultado el 24 de julio de 2013 de <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>
- Yin R. K. (1994). *Case Study Research Design and Methods*. Thousand Oaks: SAGE.

Zhong, S., Clark, M., Hou, X.Y., Zang, Y.L. y Fitzgerald, G. (2014). Resiliencia: propuesta y desarrollo de la definición y del marco conceptual en relación a los desastres en el ámbito sanitario. *Emergencias*, 26, 69-77.

## **FUENTES LEGISLATIVAS**

### **INTERNACIONAL**

Declaración Universal de Derechos Humanos, Naciones Unidas. 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.

Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, 4 de diciembre de 1986 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, Culturales, Civiles y Políticos, de 16/12/1966.

### **UNIÓN EUROPEA**

Acuerdo Provisional Europeo sobre Seguridad Social, con exclusión de los regímenes de vejez, invalidez y supervivencia 1953. BOE núm. 84/1987, de 8 de abril de 1987.

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2010/C 83/02).

Carta Social Europea, 18 de octubre de 1961. Consejo de Europa (Estrasburgo).

Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Consejo de las Comunidades Europeas. Decisión del Consejo de 29 de julio relativa a la creación de un número de llamada de urgencia único europeo (91/396/CEE). DOCE. Serie Ñ nº 217 de 6 de agosto de 1991.



Instrumento de Ratificación del Código Europeo de Seguridad Social, hecho en Estrasburgo el 16 de abril de 1964. BOE núm. 65 de 17 de marzo de 1995.

Reglamento (CEE) núm. 1612/68 del Consejo, de 15 de octubre de 1968, relativo a la libre circulación de los trabajadores dentro de la Comunidad.

Reglamento (CEE) núm. 1408/71 del Consejo de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad.

Tratado de la Unión Europea, de 7 de febrero de 1992 firmado en Maastricht. BOE núm. 11, de 13 de enero de 1994.

## **NACIONAL**

Constitución Española 1978.

Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local. BOE 3-04-1985.

Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre Protección Civil. BOE núm.22, de 25 de enero de 1985.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986.

Ley 25/1997, de 26 de diciembre, de regulación del Servicio de Atención de Urgencias 1-1-2. (BOE núm. 151 de 25 de junio de 1998).

Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. BOE núm. 313 de 31 de diciembre de 2001 (vigente hasta el 1 de enero de 2009). Ley derogada por la Ley 22/2009, de 18 de diciembre. BOE 19 de diciembre.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299, de 15 de diciembre 2006.

Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local. BOE núm. 312, lunes 30 de diciembre de 2013.

Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo. BOE núm. 276, de 18 de noviembre de 1978.

Real Decreto 407/1992, de 24 de abril, por el que se aprueba la Norma Básica de Protección Civil. BOE núm. 105, de 1 de mayo de 1992.

Real Decreto 432/2008, de 12 de abril, por el que se Reestructuran los Departamentos ministeriales. Publicado en BOE núm. 90, de 14 de abril de 2008.

Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la Condición de Asegurado y Beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 186, de 4 de agosto de 2012.

Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas Urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm. 98, de 24 de abril de 2012.

## **COMUNITAT VALENCIANA**

Decreto 122/1984, de 12 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba el Plan de Información y Coordinación de Urgencias. DOGV núm. 208, 03 de diciembre 1984.

Decreto 157/1988, de 11 de octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se establece el Plan Conjunto de Actuación de Barrios de Acción Preferente. DOGV núm. 935, de 3 de noviembre de 1988.

Decreto 243/93, de 7 de diciembre, del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el Plan Territorial de Emergencia de la Comunidad Valenciana. DOGV núm. 2.171, de 24 de diciembre de 1993.

Ley 5/1989, de 6 de julio, de servicios sociales de la Comunidad Valenciana (vigente hasta el 4 de agosto de 1997). BOE núm. 187, de 7 de agosto de 1989. DOGV núm. 1105, de 12 de julio de 1989.

Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana. BOE núm. 192, de 12 de agosto de 1997. DOGV núm. 3028, de 4 de julio de 1997.

Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana (vigente hasta el 11 de abril de 2006). BOE núm. 164, de 10 de julio de 1982. DOGV núm. 74, de 15 de julio de 1982.

Ley 13/2010, de 23 de noviembre, de la Generalitat, de Protección Civil y Gestión de Emergencias. DOGV núm. 6405, de 25 de noviembre de 2010.

Ley 4/2012, de 15 de octubre, por la que se aprueba la Carta de Derechos Sociales de la Comunidad Valenciana. BOE núm. 268, de 7 de noviembre de 2012.

Ley 1/2013, de 21 de mayo, de la Generalitat, de Medidas de Reestructuración y Racionalización del Sector Público Empresarial y Funcionario de la Generalitat. DOGV núm. 7030 de 23 de mayo de 2013 y BOE núm. 136 de 7 de junio de 2013.

ORDEN de 29 de julio de 2009, de la Consellería de Educación, por la que se establece el Currículo del Ciclo Formativo de Grado Medio correspondiente al título de Técnico en Emergencias Sanitarias.