



GRUPO FOCAL 3:
ENTREVISTAS ABIERTAS sobre
los afectados en situación
socioeconómica y sanitaria
desfavorable

Análogamente a como se ha presentado el vaciamiento de las opiniones de los dos grupos focales anteriores, se han extraído las fichas correspondientes al grupo focal de profesionales y afectados en situación de adversidad en salud con desigualdades sociales. En este grupo las opiniones del grupo focal de profesionales, de los servicios y las asociaciones, han sido completadas con opiniones extraídas de las entrevistas abiertas realizadas a personas afectadas.

En esta ocasión las aportaciones no se presentan, necesariamente, siguiendo las fases habituales, aunque sí se ha tenido en cuenta de forma general el itinerario de atención compartida:

FICHA	
1	Tienen más riesgo de enfermar los menores de hogares pobres
2	Existen dificultades para la detección de este tipo de casos
3	La adversidad sanitaria tiene más impacto en hogares de bajos ingresos
4	La carga de cuidados expulsa del mercado laboral a las mujeres de esta situación
5	La recesión ha afectado a los recursos públicos y privados

Ficha 1:

“TIENEN MÁS RIESGO DE ENFERMAR LOS NIÑOS Y NIÑAS DE HOGARES POBRES”

OPINIÓN 1

Yo no tengo nada, en mi casa no entra nada, solamente lo que yo llevo. Que me hago diez euros, pues diez euros, tú me dices a mí diez euros, siete hijos. No es plan, no es plan. Yo estoy a cero. A mí me pueden mirar mi expediente que en mi casa no entra absolutamente nada, nada, nada. Y cuando me hace falta una caja de insulina me tengo que buscar los diez euros, y si me falta la caja de Enantium me tengo que buscar otros diez

OPINIÓN 2

Los ambientes que desde muy pequeños los niños tienen, bastante normal que tengan muchas patologías relacionadas con., sobre todo, bronquitis y desde muy chiquititos muchos problemas también respiratorios. Y de desarrollo, de crecimiento, también nos encontramos bastantes casos. Una alimentación muy deficitaria, vamos, o inadecuada.

OPINIÓN 3

Después a mí me han mandado [a] una asociación donde están los niños así retrasados y con síndrome de Down y discapacidad mental. Me los mandaron tanto de servicios sociales como del Ayuntamiento me mandaron allí, y yo tenía que pagar durante todos los meses el curso, y cuando terminara el curso entonces me devolvían el dinero, le devolvían el dinero a mi hija. Yo, si pagaba el curso mis hijos no comían.

COMENTARIOS

- Existen cada vez más personas con dificultades para pagar medicamentos, para afrontar los suministros de agua o luz, para mantener las viviendas. Unas malas condiciones de vida, en especial en la infancia, pueden generar enfermedad.
- Las desventajas se distribuyen de manera desigual y se acumulan, de manera que en muchas ocasiones la presencia de un factor de exclusión induce que aparezcan otros.

FUNDAMENTOS

- España es uno de los países desarrollados con las tasas más altas de pobreza infantil. (1)
- Las desigualdades en la forma en que está organizada la sociedad derivan en una mala distribución (...) de las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud. (2)
- Existen procesos "resistentes", con capacidad para reproducir la pobreza y la exclusión, y de generar círculos de retroalimentación de su situación. (3) Los riesgos sanitarios a menudo caen en cascada, uno lleva a otro, en una espiral descendente. (4)
- Es más probable que una familia pobre viva en un contexto con menos apoyos sociales, los padres tengan menos formación para comprender las enfermedades, y menos control sobre los entornos físicos. En estas condiciones, las necesidades de un niño enfermo pueden ser minimizadas, pues otras necesidades básicas se ven como más urgentes. Lo cual puede deparar más emergencias médicas, menos medidas preventivas y, a menudo, mayor morbilidad. (4)

PROPUESTAS DE MEJORA

- Debe realizarse un seguimiento especial, empezando en la atención primaria, a las familias en desventaja social con hijos con problemas importantes de salud o sintomatología mal definida.
- La intervención temprana en salud en colectivos en situación de exclusión puede contribuir a evitar procesos resistentes.
- Además, lo indicado en el IV PAS (1) en su Compromiso IV, especialmente en sus metas 4.1. (mejorar condiciones de vida que influyan en reducir las desigualdades en salud), y 4.2. (mejorar el impacto de las políticas de redistribución de la riqueza en la reducción de las desigualdades en salud).

(1) UNICEF (2013). Bienestar infantil en los países ricos. Un panorama comparativo. Report Card nº 11 de Innocenti. Florencia, Italia: UNICEF.

(2) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2009). Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud.

(3) Victor Renes (2006) Sugerencias para un nuevo Plan Nacional de Inclusión. En Fernando Vidal Fernández (coord) (2006) Exclusión social y estado de bienestar en España, Fundación Hogar del Empleado- Icaria Editorial

(4) Joän M. Patterson (2002) Integrating Family Resilience and Family Stress Theory. Journal of Marriage and Family, Volume 64, Issue 2, pages 349–360, May 2002

Ficha 2:

“EXISTEN DIFICULTADES PARA LA DETECCIÓN DE ESTE TIPO DE CASOS”

OPINIÓN 1

Me entiendes, ¿no? Lo que yo quiero decir. El doctor [Especialista] me dice "si esto lo hubiéramos sabido antes" y yo le digo "Doctor, pero si él, que es doctor [Atención Primaria], no me lo ha dicho. Porque si él me dice: "Vete a Valme, o vete a la Virgen Macarena, a los centros este que son más especializados o más este" yo me habría ido, cuánto, doctor. (...) Y el otro me dice: "Bueno, no pasa nada, ya ni modo, ya está la enfermedad, ya..."

OPINIÓN 2

No, pero puedes encontrar incluso cualquier problema, llevarlo al sitio donde tal y que te lo devuelvan como un frontón.

OPINIÓN 3

Pero es que muchas veces no nos vienen porque tienen miedo. Nos tienen miedo (...) Lo conocen perfectamente, conocen los casos a los que se los han quitado. (...)

La gente sabe que va a las instituciones si les dan algo a cambio, y si no, no va, está claro.

OPINIÓN 4

Sí, pero que no nos llegan, no nos llegan. No los conocemos. Van llegando pero cuando llegan al límite, cuando ya el problema... (...) Llegan cuando se cronifican.

PROPUESTAS DE MEJORA

- Para evaluar situaciones que presentan el binomio pobreza y adversidad en salud, considerar:
 1. Que existen frenos para que los cuidadores acudan a los servicios: los padres están concentrados en las necesidades básicas de la familia, les resulta difícil detectar necesidades especiales y temen perder la custodia de sus hijos.
 2. Que los profesionales de distintos servicios pueden atribuir a efecto de la pobreza lo que son síntomas clínicos.
- Puede considerarse introducir en la gestión clínica cláusulas sociales que favorezcan el acceso de este tipo de casos a especialistas si esto acelera su valoración.
- Se debe subrayar que las fórmulas participadas y compartidas son más eficaces en la valoración de estos casos.

COMENTARIOS

- Existen dificultades para la detección temprana de casos de enfermedad en niños pobres, en ello inciden numerosos factores. Uno de ellos es que los padres temen perder la custodia de los hijos. Por otra parte perciben, tal vez de forma exagerada por la alarma social, que existe una falta de respuesta institucional.
- Respecto a los profesionales sanitarios, en los casos en que coincide exclusión y adversidad sanitaria, pueden confundir síntomas clínicos con problemas psicosociales. Igualmente, desde los colegios y los servicios sociales pueden parecer problemas psicosociales lo que son síntomas de un proceso patológico.
- En tercer lugar, a veces la estructura institucional de incentivos no favorece la derivación a niveles de atención más adecuados.

FUNDAMENTOS

- A menudo el miedo o el estigma asociado a una situación dificultan que las familias la manifiesten (5).
- Faltan conocimientos precisos por parte de los docentes para valorar adecuadamente los comportamientos disruptivos de sus alumnos como un síntoma de una posible necesidad educativa especial precisada de dictamen por el EOE (6). De hecho, en los contextos de pobreza se produce un menor rendimiento cognitivo, y ciertas patologías pueden pasar inadvertidas (7).
- Además, puede no existir una vía directa, rápida y efectiva de derivación (8).

(5) Horno, P., Santos, A., & Molino, C. (2001). Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales. Madrid. Save the Children España. p 112

(6) Defensor del Menor de Andalucía (2007) Menores con trastornos de conducta en Andalucía: informe especial al Parlamento. Defensor del Pueblo Andaluz, 2007.

(7) Guo, G., & Harris, K. M. (2000). The mechanisms mediating the effects of poverty on children's intellectual development. *Demography*, 37(4), 431-447.

(8) Rodríguez, Á. A., del Mar García-Gil, M., Llovera, N. F., & Liria, A. F. (2013). Programa para facilitar la detección precoz de trastornos mentales graves en el medio escolar: lecciones aprendidas de una experiencia piloto. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 537-554

Ficha 3:

“LA ADVERSIDAD SANITARIA TIENE MÁS IMPACTO EN HOGARES DE BAJOS INGRESOS”

OPINIÓN 1

- *Aumentan los conflictos de relaciones en las familias, aumentan los estados de ansiedad.*
- *No hay un aumento de separaciones, aunque haya conflictos en el matrimonio.*
- *Qué va a haber, no se separan. Se lo tienen que chupar.*
- *Y aunque haya un divorcio emocional y que el hijo está en el centro, y que ahí empiezan los problemas de conducta, porque además es que lo detectas, las familias no se separan. Porque por su hijo tiene que estar ahí.*
- *No, por su hijo y por la situación: "¿Pero dónde voy, dónde me meto?" Me lo dice la gente en las consultas: "Sí, yo me separaría, pero ¿dónde voy, dónde me meto? ¿Con quién?"*

OPINIÓN 2

¿La madre de mis hijos? Se fue. Después que se fue metió a la Junta de Andalucía por medio. Yo, el tema de desamparo... (...) Y yo que iba a hacer uso de mis derechos a cuenta de mis hijos, porque a mí no me los tiene que criar nadie. Y sin embargo ella no, ella renunció, renegó y firmó el acuerdo de desamparo y abandono. Que lo firmó en la Junta de Andalucía ella. No contenta con eso, después de que hizo todo eso, después me denuncia que se había ido de mutuo acuerdo, que yo no le dejaba de ver los niños.

PROPUESTAS DE MEJORA

- La intervención familiar es una herramienta útil a partir de la evidencia, pero costosa. Parece razonable favorecer su uso en estos casos. Los elementos de esta intervención son los que siguen (9): 1) Equilibrar la enfermedad con otras necesidades familiares 2) Mantener vínculos claros, 3) Desarrollar competencias de comunicación, 4) Atribuir significados positivos a la situación, 5) Mantener la flexibilidad de la familia, 6) Mantener la cohesión de la familia, 7) Implicarse en esfuerzos activos de afrontamiento 8) Mantener los apoyos sociales y 9) Desarrollar relaciones de colaboración con los profesionales.
- Si los medios no alcanzan para este tipo de intervención, tener muy en cuenta que la red relacional de la familia tiene especial influencia en la eficacia de los tratamientos y en el pronóstico.

COMENTARIOS

- La menor capacidad de respuesta a las adversidades sanitarias en los contextos de bajos ingresos generan mayor estrés en los cuidadores, con su correspondiente impacto en la salud y en la convivencia.
- Una mala situación de convivencia afecta negativamente a los niños enfermos.
- Una intervención familiar puede reportar beneficios sanitarios.

FUNDAMENTOS

- El cuidado de personas dependientes se relaciona con un mayor estrés (9), y con una mayor probabilidad de conflictos de pareja (6).
- La literatura indica que la inestabilidad financiera puede exacerbar el impacto negativo del cuidado sobre la salud mental de los cuidadores (10)
- Los conflictos matrimoniales, a su vez, inciden negativamente en la salud de los niños (11). La reforma legislativa de 2005 aumentó la posibilidad de los divorcios a las clases populares (12), pero la recesión fuerza a menudo una convivencia conflictiva.
- Diversas intervenciones familiares se han asociado consistentemente con buenos resultados en niños con enfermedades crónicas y discapacidades (13).

(9) Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*, 30(5), 583-594.

(10) Mónica Domínguez-Serrano, Rocío de la Torre Díaz, Oscar D. Marcenaro-Gutiérrez (2011). Género y cuidado: desigualdades en la atención a la discapacidad. *Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales*, (61), 11-38.

(11) Savage, S., & Bailey, S. (2004). The impact of caring on caregivers' mental health: a review of the literature. *Australian Health Review*, 27(1), 111-117.

(12) Flaquer L. et Garriga A., 2009, « Marital disruption in Spain : Class selectivity and deterioration of economic conditions », in Andress H. J. et Hummelsheim D. (dir.), *When Marriage Ends*, Cheltenham, Edward Elgar, p. 178-210.

(13) Campbell, T. (2006). Improving health through family interventions. In D. Crane, & E. Marshall (Eds.), *Handbook of families & health: Interdisciplinary perspectives*. (pp. 379-396). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781452231631.n22>

Ficha 4:

“LA CARGA DE CUIDADOS EXPULSA DEL MERCADO LABORAL A LAS MUJERES DE ENTORNOS MENOS FAVORECIDOS, LO QUE EMPOBRECE AÚN MÁS A SUS HOGARES”

OPINIÓN 1

- ¿Eso sucede? Es decir, gente con pocos recursos que a lo mejor tiene empleos muy precarios o muy mal pagados.. ¿Va y deja lo que tiene? Me parece muy sorprendente.

- En niños muy afectados, hasta los tres años, que es cuando entran en el colegio, que están constantemente hospitalizados, con operaciones, es que no te queda más remedio. Es que no queda más remedio, aunque tengas muy pocos recursos, aunque tengas pocos recursos.

OPINIÓN 2

M: (...) Es que no parábamos de médicos. Tuvimos un año, el 2012, que casi todo el año nos lo hemos pasado en el hospital metidas, y si no es el hospital, consulta. Si no es internación, consulta, internación, consulta. E: Claro, y tú también te tienes que buscar la vida, claro.

M: Y el poquito que me quedaba intentaba trabajarlo. Y el poquito que le quedaba ella iba también al instituto.

OPINIÓN 3

Yo tengo madres que han dicho: "pues ahora voy a buscar trabajo, porque como ya está en el colegio". ¿Quién lo mete? ¿Quién mete, como me dicen a mí, me dicen, quién me mete a mí? Estoy harta, estoy harta, cuando digo que tengo una niña con discapacidad así, me dicen "tu vas a tener que estar un día sí y un día no de médicos". Consulta al neurólogo, al rehabilitador... No hay, no le meten, no.

PROPUESTAS DE MEJORA

- Para mejorar las posibilidades de que las cuidadoras de medios económicamente desfavorecidos ejerzan un empleo sería de utilidad que se avance en la implementación de servicios de apoyo a los alumnos con necesidades educativas especiales previsto en la legislación educativa (LO 2/2006).
- Las madres con un horizonte en el segmento secundario del mercado de trabajo (19) precisan unas ayudas a la conciliación más realistas que el esquema de licencias previstas en la Ley 39/1999, de 5 de noviembre (de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral).
- Las familias presentan mayores necesidades de apoyo en la primera fase de los procesos: alrededor de la noticia y en la adaptación. Los apoyos han de ser centrados en el cuidador principal, que suele ser la madre. En fases evolutivas se puede atender con mayor sosiego, y las oportunidades de los cuidados son más factibles y menos urgentes. Especialmente si las fases anteriores han sido mínimamente atendidas.

COMENTARIOS

- Prestar cuidados a los hijos supone dedicar muchas horas, mucho más cuando se trata de niños en situación de adversidad sanitaria.
- La familia nuclear, y específicamente la madre, tiende a asumir toda la responsabilidad de los cuidados, sin compartirla con una posible red de apoyo. A esto se añade la insuficiencia de las medidas de conciliación o de las ayudas del sector público, mayor en estos momentos de recesión.
- En estas condiciones mantener u obtener un empleo es difícil, especialmente para las madres, más aún las que optan a empleos de bajos ingresos pues a menudo no compensa el coste en tiempo de cuidados.

FUNDAMENTOS

- En 2003 las mujeres con hijos menores de 10 años dedicaban a su cuidado 7,5 horas, los hombres 4,6 (14). El modelo tradicional de cuidados, donde recaen estos especialmente sobre las madres, está más vigente entre quienes tienen menores niveles de estudios (15). Si se añade la presencia una discapacidad o enfermedad crónica la carga de los cuidados se dispara, especialmente sobre la madre, no tanto en tiempos como en intensidad.
- Más de la mitad de las cuidadoras principales reconocía en 2008 problemas profesionales o económicos. De las cuales muchas no pueden plantearse trabajar (46%), un cuarto (23%) ha tenido que abandonar el trabajo. Según el 40% han aumentado los problemas económicos en su hogar. (16)
- La tasa de empleo para las mujeres de 15 a 64 años con niveles de estudios bajos era, en el último cuarto de 2013, de 36,1 puntos, frente a las de niveles medios (49,7%) o universitarias. (70,6) (17)
- "Las Administraciones educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional, así como los objetivos establecidos con carácter general en la presente Ley." (18)

(14) González, M. J., Folgueras, M. D., & Muñoz, P. B. (2010). Cuidado parental en la infancia y desigualdad social: un estudio sobre la Encuesta de Empleo del Tiempo en España. Documentos de trabajo (Laboratorio de alternativas), (158), 1.

(15) Ines Alberdi y María Escario (2007) Los hombres jóvenes y la paternidad. Fundación BBVA

(16) Colectivo IOE (2012) Discapacidad y exclusión, Obra social La Caixa. pg 88, a partir de la Encuesta sobre discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de dependencia, de 2008

(17) Eurostat (2013) Labour Force Survey. Datos para España, Cuarto trimestre de 2013. Accesible vía <http://bit.ly/1InmxRG>

(18) LEY ORGÁNICA 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, art. 71,1 ap. 1, modificada por la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa

(19) Piore M. J. (1999). Notas para una teoría de la estratificación del mercado de trabajo. En L. Toharía (ed.), El mercado de trabajo. Teorías y aplicaciones (pp. 193-221). Madrid: Alianza Editorial.

Ficha 5:

“LA RECESIÓN HA AFECTADO A LOS RECURSOS PÚBLICOS Y PRIVADOS”

OPINIÓN 1

En nuestro colegio estamos sufriendo recortes, y entonces por ejemplo los cuidadores, hemos tenido que recortar en cuidadores lo cual acarrea una situación distinta. Pero a nivel físico sí que yo veo por ejemplo familias que piden ayudas individuales en ayudas públicas hamacas para los hijos, para que estén en casa en la hamaca, y no se les dan las ayudas públicas, familias que les estaban dando ayudas para pañales y ya no reciben ayudas para pañales, familias que toman tratamiento los hijos de xxx y tratamientos caros y no se les ayuda con nada.

OPINIÓN 2

Los centros concertados antes eran gratuitos, ahora tienen que aportar dinero, ellos tienen la ley de dependencia pero como hace falta en la casa ese niño se retira del colegio. Y no se está atendiendo de la manera adecuada y es un retroceso enorme.

OPINIÓN 3

Estos padres que no tienen ni recursos para plantearse otro tipo de terapia con estos niños, que salud mental no se hace cargo, y que hay una patología psiquiátrica de base, ¿qué hacen? Pues que la madre tiene que estar 24 horas con el niño, porque además tiene que estar en el colegio.

OPINIÓN 4

¿Qué está ocurriendo en el movimiento asociativo? Que se han ido muchos, que han cerrado asociaciones porque no tienen dinero para mantenerlos, porque tenían profesionales y no pueden pagarlos.

OPINIÓN 5

Vamos, que las asociaciones no llegan a esta gente ni esta gente llegan a las asociaciones, para nada. Eso está a un nivel... Vamos, yo te digo en general, no solamente donde yo trabajo, yo creo que las asociaciones de discapacidad del tipo que sea hay un techo social, eh. Que cuando ya bajas de un determinado techo ahí no llegas.

COMENTARIOS

- La recesión ha afectado directamente a los recursos públicos de atención. También, a través de la reducción de subvenciones y conciertos, o demora en sus pagos, al tercer sector sociosanitario: muchos han cerrado, o no pueden ejercer su actividad. A esto se añade que en los contextos sociales más desfavorecidos su presencia, al menos como movimiento endógeno, siempre ha sido escasa.
- En el caso de los altamente afectados existen recursos específicos, a menudo conveniados o concertados con asociaciones, que se mantienen. Aunque los recortes impactan en diversos capítulos (ayudas técnicas, pañales, medicamentos, cuidadores en los centros). Sucede además que las ayudas que proporciona la Ley de Dependencia, cuando se reducen las rentas de los hogares, se emplean de otra manera, lo que repercute negativamente en los centros especializados.
- Para situaciones de adversidad moderada (paradigmáticamente la salud mental infantil) escasean los recursos públicos, o bien dependen de un tercer sector también en crisis, lo cual da lugar a una situación de desigualdad en salud: las familias con recursos particulares canalizan sus demandas al sector privado, lo que no pueden hacer quienes tienen las rentas más bajas.

FUNDAMENTOS

- La política de contención del déficit de la Administración General del Estado ha llevado al límite la financiación de la Ley de Dependencia, al reducir el peso de su aportación del 40% en 2009 al 25% en 2012 (20). El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, incluyó el copago de 42 fármacos de dispensación hospitalaria, y limitó la financiación de las prestaciones farmacéuticas ambulatorias (21). El Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, introdujo el copago y limitó el importe de los productos ortoprotésicos (22).
- El tercer sector, complementario en buena parte de la intervención sociosanitaria pública, sufre demoras en los pagos y cancelación de programas, reducciones en los precios de plazas concertadas, etc., lo que lleva a la desaparición de buena parte de estas entidades (23).
- Por otra parte, conforme a la Ley de Dependencia, es posible que el interesado solicite la revisión del Programa Individual de Atención (PIA), para sustituir servicios que se desarrollan en centros por prestaciones económicas para cuidadores no profesionales (24).
- Quienes viven en barrios de clase media o alta participan activamente en asociaciones el doble que en los barrios céntricos deteriorados, barrios obreros, diseminados o zonas rurales (25). No obstante, "Muchos estudios muestran que en los barrios más pobres existe una red de relaciones informales más densa que en los de clase media, mientras que en estos hay más asociaciones formales" (26)

(20) Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2012) Presupuestos Públicos Y Financiación De La Atención A La Dependencia - La Cuadratura Del Círculo - Informe del Observatorio Estatal de la Dependencia

(21) Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones

(22) Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica.

(23) Andalucía. Defensor del Pueblo Andaluz. (2013). La Situación de los enfermos mentales en Andalucía. Defensor del Pueblo Andaluz.

(24) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

(25) Vidal, F. (Coord.), Blasco, J., Juárez, A., Santa, L., Mota, R., Rubio, E., Villalón, J. J. (2008). Capital social y capital simbólico como factores de exclusión y desarrollo social. En VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008.

(26) Martín Criado, E. (2012). El fraude del capital social. Consideraciones críticas en torno a "E Pluribus Unum" En Revista Española de Sociología, RES, (17), 109-117.

Ficha 5:

“LA RECESIÓN HA AFECTADO A LOS RECURSOS PÚBLICOS Y PRIVADOS”

PROPUESTAS DE MEJORA

- Como respuesta general, es preciso ver cómo respaldar la generación de bienes públicos con la participación del tercer sector. Sin embargo, la situación fiscal obliga a ajustar los recursos públicos, y a anteponer las mayores necesidades (como las que aquí se plantean); a través, por ejemplo, de priorizar en la concesión de subvenciones proyectos ajustados por necesidad.
- Es conveniente el desarrollo de un espacio de cooperación entre servicios públicos y asociaciones donde se organicen y se concierten las respuestas. En este marco surgen planes y programas que no generan altos costes, pero que sin embargo proporcionan ganancias en salud, avances en la atención de situaciones y articulación de los apoyos.
- En el territorio, establecer mecanismos de participación entre las UGC (AH, AP) y las asociaciones de afectados capaces de desarrollar cauces de atención compartida ajustados por necesidades reales.
- También en el plano local es preciso incidir, sobre todo en las ZNTS, en la promoción de asociaciones de ayuda mutua.
- A nivel de caso, incorporar el sistema de gestión de casos en itinerarios de atención continuada de forma participada y compartida.

DESDE LA ÓPTICA DE LA ATENCIÓN

- Partimos de que existen **dificultades específicas** para la detección de adversidades sanitarias en contextos desfavorecidos:
 - Los profesionales pueden atribuir a efecto de la pobreza lo que son síntomas clínicos.
 - Existen frenos para que los cuidadores acudan a los servicios: los padres están concentrados en las necesidades básicas de la familia, les resulta difícil detectar necesidades especiales y albergan cierta desconfianza respecto a las instituciones.
- **Las familias presentan mayores necesidades de apoyo en la primera fase de los procesos: alrededor de la noticia y en la adaptación.** Los apoyos han de ser centrados en el cuidador principal, que suele ser la madre. En fases evolutivas se puede atender con mayor sosiego, y las oportunidades de los cuidados son más factibles y menos urgentes. Especialmente si las fases anteriores han sido mínimamente atendidas.
- Téngase en cuenta que **la intervención temprana puede contribuir a evitar que se generen procesos resistentes**, lo que se aplica tanto a la salud como a las situaciones de exclusión.
- Si puede realizarse una intervención programada, **la intervención familiar es una herramienta, aunque costosa, útil a partir de la evidencia.** Parece razonable favorecer su uso en estos casos.
- Si los medios no alcanzan para este tipo de intervención, ha de subrayarse que **la red relacional de la familia tiene especial influencia en la eficacia de los tratamientos y en el pronóstico.**

DESDE LA ÓPTICA DE LA ORGANIZACIÓN

- Debe realizarse un **seguimiento especial**, empezando en la atención primaria, a las familias en desventaja social con hijos con problemas importantes de salud o sintomatología mal definida.
 - Se debe subrayar que las fórmulas participadas y compartidas son más eficaces en la valoración de estos casos.
- Puede considerarse introducir en la gestión clínica cláusulas sociales que favorezcan el acceso de este tipo de casos a especialistas.
- Ante el retroceso de recursos, y como respuesta general, **es preciso ver como respaldar la generación de bienes públicos con la participación del tercer sector sociosanitario.** Sin embargo, la fuerte dependencia que tiene éste del sector público lo pone en

situación de crisis. Algunas medidas que se podrían instrumentar en su apoyo:

- Priorizar la concesión de subvenciones a proyectos de mayor necesidad.
- La coordinación de servicios públicos y asociaciones, tanto a nivel general como en el territorio, permite optimizar los recursos.
- El tejido asociativo es especialmente escaso, y su fomento necesario, en las Zonas con Necesidades de Transformación Social.
- También optimiza recursos incorporar el sistema de gestión de casos en itinerarios de

atención continuada de forma participada y compartida.

- Para mejorar la economía de estos hogares se debería **favorecer el acceso de las madres cuidadoras de medios económicamente desfavorecidos al empleo**. Para ello:
 - Se debería priorizar la implementación en los centros educativos de los servicios de apoyo a los alumnos con necesidades educativas especiales previstos en la legislación educativa.
 - Podrían articularse medidas adicionales para la conciliación laboral- familiar en este tipo de hogares.