

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL



TESIS DOCTORAL

**Aproximación al trabajo social comunitario a través del
deporte: Vallecas Activa**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Ángel Javier Sánchez Campos

Directoras

Esteban Sánchez Moreno
Marta Blanco Carrasco

Madrid

© Ángel Javier Sánchez Campos, 2023

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

DOCTORADO EN TRABAJO SOCIAL



TESIS DOCTORAL

**APROXIMACIÓN AL TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO
A TRAVÉS DEL DEPORTE: VALLECAS ACTIVA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Ángel Javier Sánchez Campos

Directores
Esteban Sánchez Moreno

Marta Blanco Carrasco

2022

«Todo lo que no lleve a elevar el nivel cultural de una población es una pérdida de tiempo»

A. Gaudí

Agradecimientos

A mi familia, por su inestimable apoyo y paciencia, fuente de inspiración inagotable, y especialmente a Mar a quién dedico esta tesis.

A mis hermanos, Oscar y Alberto, por su apoyo y colaboración desinteresada, sin la cual hubiera sido imposible la realización de esta tesis.

A Esteban y a Marta, por su apoyo constante y por haber creído en mí desde el principio.

A todos los que han participado de una u otra forma y de los que tanto he aprendido (usuarios, profesionales, alumnos de prácticas, etc), gracias por dedicarme vuestro tiempo.

Ángel Javier Sánchez Campos

2022

Índice general

Índice de figuras	XV
Índice de cuadros	XVIII
Abstract	XX
Resumen	XXI
I INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1. Presentación	3
II ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS	7
Capítulo 2. Trabajo Social Comunitario	9
2.1. Antecedentes	9
2.2. Orígenes	14
2.2.1. Desarrollo Comunitario	14
2.2.2. Organización comunitaria	17
2.2.2.1. Planificación social con el fin de articular recursos y necesida- des sociales	18
2.2.2.2. Planificación social como herramienta para conseguir en la comunidad actitudes de cooperación y colaboración	18
2.3. ¿Qué se entiende por Comunidad?	19
2.4. Principales Modelos de intervención en Trabajo comunitario	26
2.4.1. Modelos de Acción social	28
2.4.1.1. Método para radicales	28
2.4.1.2. Método concientizador	32
2.4.1.3. Método de Potenciación y Defensa	34

2.4.2.	Modelos de Planificación Social	35
2.4.2.1.	Investigación-Acción Participativa (IAP)	36
2.4.2.2.	Análisis de necesidades de intervención social (A.N.I.S.E.)	39
2.4.2.3.	Planificación Integral	41
2.4.2.4.	Metodologías Sociopráxicas	42
2.4.2.5.	Programa de Actividades en Atención Primaria (PACAP)	45
2.4.3.	Modelos de Desarrollo de la Comunidad	48
2.4.4.	Modelos de trabajo comunitario desde la Perspectiva Feminista	51
2.5.	Trabajo Comunitario en la actualidad	52
2.5.1.	¿Qué se entiende por Trabajo Social Comunitario?	52
2.5.2.	Nomenclatura y formas de llevarlo a la práctica	54
2.5.3.	Actores	55
2.5.4.	Proximidad, participación y empoderamiento	57
2.5.5.	Intencionalidad de la participación en acciones comunitarias	58
2.5.6.	Repensar la Intervención comunitaria	61
Capítulo 3. El deporte como herramienta de Trabajo social		64
3.1.	Factores influyentes y costes agravantes	64
3.2.	Beneficios del deporte	67
3.3.	Modelo de Hellison	72
3.4.	Función social del deporte	73
Capítulo 4. Trabajo social y salud de la población		77
4.1.	Factores que determinan la salud	80
4.1.1.	Marc Lalonde	81
4.1.2.	Conferencia de Alma-Ata, URSS (Kazakhstan, 1978).	81
4.1.3.	Dahlgren and Whitehead	82
4.1.4.	Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud	83
4.1.5.	Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud	84
4.2.	Trabajo Social y Gradiente de Salud y Enfermedad	85
4.3.	Conferencias Internacionales Promoción de la Salud	89
4.3.1.	Ottawa (Canadá) - 1986.	89
4.3.2.	Adelaida (Australia) - 1988.	90
4.3.3.	Sundsvall (Suecia) - 1991.	92
4.3.4.	Jakarta (Indonesia) - 1997.	93
4.3.5.	Ciudad de México - 2000.	93
4.3.6.	Bangkok (Tailandia) - 2005.	95

4.3.7. Nairobi (Kenia) - 2009.	96
4.3.8. Helsinki (Finlandia) - 2013.	98
4.3.9. Shanghai (China) - 2016.	99
4.3.9.1. Declaración de Shangahai	100
4.3.9.2. Consenso de Alcaldes sobre Ciudades Saludables	101
4.3.10. Ginebra (Suiza) - 2021.	106
4.4. Síntesis	107
III CONTEXTO DE ESTUDIO	111
Capítulo 5. Datos sociodemográficos de Puente de Vallecas	113
5.1. Introducción	113
5.2. Demografía	115
5.3. Indicadores socioeconómicos	116
5.4. Información sanitaria	118
Capítulo 6. Programa Vallecas Activa	124
6.1. Descripción del programa	124
6.1.1. Proyecto de Salud	126
6.1.2. Proyecto de Inclusión Social	130
6.1.3. Proyecto de Educación	135
6.1.4. Proyecto Motivación de Profesionales	137
6.1.5. Actividades Comunitarias	139
6.2. Organización del programa	140
6.3. Reconocimientos públicos	145
6.4. Extensión a los demás distritos de la ciudad	146
IV TRABAJO EMPÍRICO	151
Capítulo 7. Diseño Metodológico	153
7.1. Autorización de investigación	153
7.2. Tipo de estudio	153
7.3. Población de referencia y selección de la muestra	155
7.3.1. Usuarios derivados por el Médico de familia	155
7.3.2. Usuarios derivados por el Trabajador Social	155
7.4. Objetivos planificados	157

7.5.	Recogida de información	159
7.5.1.	Cuestionarios	159
7.5.1.1.	Cuestionario dirigido a grupos específicos de salud.	162
7.5.1.2.	Cuestionario dirigido a grupos de RMI	162
7.5.2.	Entrevistas	164
7.5.3.	Puesta en práctica	166
Capítulo 8. Resultados		168
8.1.	Análisis cuantitativo	168
8.1.1.	Grupo de Salud	168
8.1.1.1.	Datos descriptivos	168
8.1.1.2.	Sentimiento del estado de salud	170
8.1.1.3.	Alimentación	172
8.1.1.4.	Sentimiento de Soledad	176
8.1.1.5.	Motivación	177
8.1.1.6.	Actividad física	178
8.1.2.	Grupo de RMI	181
8.1.2.1.	Capacidad adquisitiva	181
8.1.2.2.	Ayudas percibidas	187
8.1.2.3.	Deporte como alternativa de ocio	188
8.1.2.4.	Capacidad de generar un hábito deportivo	189
8.1.3.	Resultados	192
8.2.	Análisis cualitativo	194
8.2.1.	Creación del programa	195
8.2.2.	Acceso al programa	196
8.2.3.	Objetivos	198
8.2.4.	Factores clave	199
8.2.5.	Resultados obtenidos	201
8.2.6.	Valoración de los Programas	205
8.2.7.	Inconvenientes encontrados	206
8.2.8.	Mejoras al Programa	208
V CONCLUSIONES		211
Capítulo 9. Discusión y conclusiones		213
9.1.	Resultados de Vallecas Activa	213

9.2. Contrastar resultados con implicaciones teóricas	215
9.3. Aprendizajes y reflexiones sobre TS Comunitario	216
9.3.1. Trabajo comunitario ideológico versus reflexivo	220
Capítulo 10. Principales conclusiones	228
ANEXOS	232
Apéndice A. Análisis Legislativo	235
A.1. Constitución Española, 1978	235
A.2. Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de Bases de Régimen Local	236
A.3. Legislación sanitaria	237
A.3.1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad	237
A.3.2. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la C.M.	239
A.4. Legislación Deportiva	241
A.4.1. Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte	241
A.4.2. Ley 15/1994, de 28 de diciembre, del Deporte de la C.M.	242
A.5. Legislación de Servicios Sociales	244
A.5.1. Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la C.M.	245
A.5.2. Coordinación sociosanitaria	245
A.5.3. ¿Y la coordinación con las instituciones deportivas?	246
A.6. Recopilación normativa analizada	247
Apéndice B. Cuestionario grupos de Salud	249
Apéndice C. Cuestionario perceptores RMI	264
Apéndice D. Guiones de entrevistas	288
D.1. Usuario del programa (Salud/RMI)	288
D.2. Entrenador deportivo	290
D.3. Médico	292
D.4. Trabajador Social	293
D.5. Director de Centro	295
Apéndice E. Organización Documental	297
E.1. Análisis y recopilación de documentación	297
E.2. Recogida y análisis de datos	297
E.3. Redacción de la tesis	298

Índice de figuras

2.1. <i>Línea del tiempo de la Organización comunitaria</i>	10
2.2. <i>Métodos de Acción Social.</i>	29
2.3. <i>Métodos y metodologías de Planificación Social.</i>	36
2.4. <i>Etapas y fases de una Investigación Acción Participativa</i>	37
2.5. <i>Materiales de campo para la elaboración segundo informe IAP.</i>	39
2.6. <i>Método de trabajo Metodologías Sociopráticas.</i>	43
2.7. <i>Ejemplo de cuadro sémico.</i>	44
2.8. <i>Estrategia médica versus estrategia de promoción de la salud.</i>	46
2.9. <i>Requerimientos para intervenir desde atención primaria.</i>	47
2.10. <i>Elementos dificultan un proceso participación comunitaria.</i>	49
2.11. <i>Elementos dificultan un proceso participación comunitaria. Continuación</i>	49
2.12. <i>Elementos favorecen un proceso participación comunitaria.</i>	50
2.13. <i>Protagonistas del proceso comunitario.</i>	55
2.14. <i>Teoría de los tres círculos.</i>	56
3.1. <i>Marcadores de desarrollo.</i>	66
3.2. <i>Relación entre deporte y beneficios económicos</i>	68
3.3. <i>Noticia sobre recetar deporte.</i>	76
4.1. <i>% Población Mundial que vive en Pobreza Extrema.</i>	78
4.2. <i>Línea del tiempo de los Principales Hitos sobre Promoción de la Salud</i>	79
4.3. <i>Principales Hitos sobre Promoción de la Salud</i>	80
4.4. <i>Determinantes de la salud.</i>	83
4.5. <i>Marco Conceptual de los determinantes sociales de salud.</i>	86
4.6. <i>Marco abordar determinantes sociales de inequidades en salud.</i>	87
4.7. <i>Carta de Ottawa</i>	91
4.8. <i>Pilares para la promoción de la salud.</i>	102
4.9. <i>Consejos para gozar de buena salud.</i>	103
4.10. <i>Objetivos de Desarrollo sostenible.</i>	104

5.1.	<i>Mapa Puente de Vallecas por barrios.</i>	114
5.2.	<i>Evolución de la población de Puente de Vallecas (1996 - 2021).</i>	115
5.3.	<i>Piramide de población de Puente de Vallecas (2021).</i>	116
5.4.	<i>Población extranjera de Puente de Vallecas (2021).</i>	117
5.5.	<i>Estructura de los hogares de Puente de Vallecas (2021).</i>	117
5.6.	<i>Tasa absoluta desempleo registrado SEPE -Puente de Vallecas (2021).</i>	118
5.7.	<i>Mapa de población por Centro de Salud en barrios de Madrid.</i>	120
5.8.	<i>Frec. actividad física según nivel actividad, ordenados por nivel de desarrollo</i>	121
5.9.	<i>Defunciones residentes ciudad Madrid, según causa de muerte.</i>	121
5.10.	<i>Leyenda Defunciones de residentes en la Ciudad de Madrid.</i>	122
5.11.	<i>Índice Combinado Salud, Conocimiento y Renta - Puente Vallecas (2004-18)</i>	123
6.1.	<i>Diagnóstico de recursos.</i>	125
6.2.	<i>Proyecto de Salud Vallecas Activa.</i>	129
6.3.	<i>Receta deportiva Vallecas Activa.</i>	131
6.4.	<i>Tarjeta personal de asistencias.</i>	132
6.5.	<i>Proyecto de Inclusión Social Vallecas Activa.</i>	133
6.6.	<i>Hoja de seguimiento.</i>	134
6.7.	<i>Precio actividad proyecto de inclusión social.</i>	135
6.8.	<i>¡¡¡Ven pitando!!! Arbitra.</i>	136
6.9.	<i>Proyecto de Educación Vallecas Activa.</i>	138
6.10.	<i>Flashmob en Centro de Salud de Entrevías.</i>	140
6.11.	<i>Accesit de los VIII Premios Estrategia NAOS (2015).</i>	145
6.12.	<i>Buenas prácticas europeas.</i>	146
6.13.	<i>Primer premio en los X Premios Estrategia NAOS (2017).</i>	146
6.14.	<i>Premio a la innovación social.</i>	147
6.15.	<i>Tarifas Centros Deportivos Municipales.</i>	148
7.1.	<i>Autorización para realizar la investigación.</i>	154
7.2.	<i>Temporalización del estudio.</i>	155
7.3.	<i>Poster. La Comunidad ... se pone en forma.</i>	156
7.4.	<i>Planificación de la fase de recogida de información.</i>	159
7.5.	<i>Cuestionarios. Hoja informativa.</i>	160
7.6.	<i>Cuestionarios. Consentimiento informado.</i>	161
7.7.	<i>Ejemplo preguntas cuestionario de Salud.</i>	163
7.8.	<i>Cuestionario. RMI.</i>	165

8.1.	<i>Distribución de la Población Encuestada según Edad.</i>	169
8.2.	<i>Boxplot de la Edad de la Población Encuestada por Grupos.</i>	170
8.3.	<i>Boxplot Salud Diaria según Sexo.</i>	174
8.4.	<i>Nueva Pirámide Alimentaria.</i>	175
8.5.	<i>Hábitos Alimenticios de los Encuestados.</i>	176
8.6.	<i>Boxplot sobre los Factores de Motivación.</i>	179
8.7.	<i>Actividad Física Diaria desarrollada (%).</i>	180
8.8.	<i>¿Cómo fue su Primer Trabajo?</i>	182
8.9.	<i>Edad de Inicio Laboral</i>	182
8.10.	<i>Boxplot de Ingresos.</i>	184
8.11.	<i>Boxplot Ingresos Familiares según el tamaño de la Familia.</i>	185
8.12.	<i>Gráfico Renta per cápita - 1.</i>	186
8.13.	<i>Gráfico Renta per cápita - 2.</i>	187
8.14.	<i>Ayudas No Económicas Percibidas.</i>	188
8.15.	<i>Valoración de la Actividad Desarrollada en Vallecas Activa.</i>	189
8.16.	<i>Solicitud de usuarios de Vallecas Activa.</i>	203
8.17.	<i>Aceptación solicitud de mantener el programa.</i>	204
9.1.	<i>Formas de Intervención social</i>	223
E.1.	<i>Editor de textos Kile.</i>	298
E.2.	<i>Gestor bibliográfico JabRef.</i>	299

Índice de cuadros

2.1. <i>Conceptos que definen una comunidad.</i>	22
2.2. <i>Modelos de Intervención Comunitaria.</i>	27
2.3. <i>Áreas y criterios del Plan de Barrios de Barcelona.</i>	57
3.1. <i>Influencias en la salud y órganos responsables.</i>	65
5.1. <i>Centros de Atención Primaria en Puente de Vallecas.</i>	119
5.2. <i>Otros Centros Sanitarios en Puente de Vallecas.</i>	119
5.3. <i>ICSCR Puente de Vallecas (2018).</i>	122
6.1. <i>Criterios de inclusión para las actividades deportivas.</i>	128
6.2. <i>Implantación Receta Social en Madrid capital (2018).</i>	149
6.3. <i>Implantación Receta Deportiva en Madrid capital (2018).</i>	149
7.1. <i>Items recogidos en el cuestionario de grupos de salud.</i>	162
7.2. <i>Items recogidos en el cuestionario de grupos de RMI.</i>	164
8.1. <i>Nivel Formativo en el Grupo de Salud.</i>	169
8.2. <i>Distribución de la Población Encuestada según su Sexo.</i>	169
8.3. <i>Prueba T Edad de la Población Encuestada por Grupos.</i>	171
8.4. <i>Estado de Salud Percibido.</i>	171
8.5. <i>Frecuencia de Dolores.</i>	172
8.6. <i>Estado de Salud Sentido en el Último Año según Sexo.</i>	173
8.7. <i>Prueba de Normalidad - Percepción del Estado de Salud y Sexo.</i>	173
8.8. <i>Soledad Social Percibida según Sexo.</i>	176
8.9. <i>Comparación media entre Estudios de Soledad Social.</i>	177
8.10. <i>Factores de la Escala de Motivación Deportiva (EMD).</i>	178
8.11. <i>Análisis de los Factores de Motivación.</i>	179
8.12. <i>Comparación entre estudios: Vallecas Activa vs Balaguer et al. (2007).</i>	180
8.13. <i>Nivel Máximo de Formación Alcanzada.</i>	181
8.14. <i>Sectores Laborales de Empleo.</i>	183

8.15. <i>Facilidad o Dificultad Económica para llegar a Fin de Mes.</i>	183
8.16. <i>Comparación de Ingresos por Grupos.</i>	183
8.17. <i>Ingresos Familiares según el tamaño de la Familia.</i>	184
8.18. <i>Análisis de Renta Per Cápita según tamaño de las Unidades Familiares.</i>	185
8.19. <i>Prueba de Levene - Renta per capita (homogeneidad de variancias).</i>	185
8.20. <i>Anova de la Renta per Cápita.</i>	186
8.21. <i>Grado de Endeudamiento de los Núcleos Familiares.</i>	187
8.22. <i>Actividades Preferidas cuando tienen Tiempo Libre.</i>	188
8.23. <i>Hábito de Fumar.</i>	190
8.24. <i>Hábito de ingerir Alcohol.</i>	190
8.25. <i>Media de ver la TV, usar Internet y Horas de Dormir.</i>	191
8.26. <i>Prueba t para ver la TV y Horas de Dormir.</i>	191
8.27. <i>Subir Escaleras según año de Nacimiento.</i>	192
8.28. <i>Bajar Escaleras según año de Nacimiento.</i>	193
8.29. <i>Relación de entrevistados.</i>	195
9.1. <i>Trabajo comunitario actual y propuesta futura.</i>	225

Abstract

The work that is presented, tries to be an approximation that allows to understand the operating mechanisms on which community social work should be based, to be at the service of what a community needs at all times. To carry out, the effectiveness of the Vallecas Activa project has been evaluated, awarded first prize NAOS 2016 Strategy for physical activity in the family and community sphere.

The evaluation of the program has been carried out through a prospective cohort study, dividing it into two parts: cases derived from the Health Centers, and from the Centers of Social Services. With the aim of knowing the different existing dialogues between users and professionals, the study has been completed with a qualitative analysis using as structured interview technique.

The work concludes by defending the importance of carrying out reflective community work, where the person is the basis of society and of the intervention, and where a broad social debate that seeks to improve the well-being of each and every person that make up the community. Community work must tend to favor the conditions for the expansion of independent social networks and mutual support groups, supporting them only when necessary.

Keywords: community; health; prevention; social work; sport.

Resumen

El trabajo que se presenta, pretende ser una aproximación que permita comprender los mecanismos de funcionamiento sobre los que debe basarse el trabajo social comunitario para estar al servicio de lo que una comunidad necesita en cada momento. Para llevarlo a cabo se ha evaluado la eficacia del proyecto Vallecas Activa, galardonado con el primer premio Estrategia NAOS 2016 a la actividad física en el ámbito familiar y comunitario.

La evaluación del programa se ha realizado a través de un estudio de cohortes prospectivo, dividiéndolo en dos partes: casos derivados desde los Centros de Salud y casos derivados desde los Centros de Servicios Sociales. Con el objetivo de conocer los distintos diálogos existentes en los usuarios y profesionales, se ha completado el estudio con un análisis cualitativo utilizando como técnica la entrevista estructurada.

El trabajo se concluye defendiendo la importancia de realizar un trabajo comunitario reflexivo, donde la persona sea la base de la sociedad y de la intervención, y donde se genere un amplio debate social que persiga mejorar el bienestar de todas y cada una de las personas que forman la comunidad. El trabajo comunitario tiene que tender a favorecer las condiciones para que se expandan redes sociales independientes y grupos de apoyo mutuo, apoyándolos únicamente cuando sea necesario.

Palabras clave: comunidad; deporte; prevención; salud; trabajo social.

Parte I

INTRODUCCIÓN

Capítulo 1

Presentación

Aunque siempre se ha utilizado el deporte para trabajar múltiples aspectos dentro del ámbito de la educación no formal, es muy novedosa la visión del deporte como herramienta de Trabajo Social Comunitario. En otros países como Inglaterra existen iniciativas como las planteadas por Collins and Kay (2014) en su libro «*Sport and social exclusion*» que profundizan en la cuestión, para, a través del deporte, realizar una radiografía de la política social que se está llevando a cabo en su entorno.

En el caso de España, si observamos con detenimiento la forma de funcionar de las principales instituciones públicas que rigen en todo municipio o distrito, caeremos en la cuenta que en una misma comunidad existen numerosas instituciones públicas como centros de salud, centros de servicios sociales, centros educativos, centros polideportivos, que todas ellas persiguen un mismo fin: trabajar por la mejora de su población de referencia. Sin embargo, a pesar de mantener la misma finalidad, la especialidad de cada institución se impone en el día a día pareciendo un obstáculo insalvable el trabajo conjunto por el fin común. Veamos algunos ejemplos:

Actualmente en la sociedad española, cuando los recursos públicos de salud detectan que un paciente presenta determinadas patologías, como pueden ser alto riesgo cardiovascular, diabetes, obesidad, etc, la única alternativa que tiene el médico es mandarle medicación y aconsejarle que haga deporte, o que salga de paseo todos los días.

Si nos detenemos en el ámbito de los Servicios Sociales, observaremos que los usuarios son mayoritariamente una población sedentaria, con malos hábitos alimenticios, y que sus círculos de amistades tienen patrones muy similares a los que ellos presentan. Desde Servicios Sociales

se trabajan determinados problemas de salud muy tipificados tal es el caso de dependencias, minusvalías, planificación familiar, pero no existe una visión de trabajo por la salud integral de la población y menos como prevención primaria, persiguiendo prevenir males venideros.

Otras instituciones públicas son los centros escolares, que trabajan con un porcentaje muy importante de los habitantes de una comunidad, los cuales son especialmente sensibles y vulnerables ya que lo que padezca esta población va a afectar a la generación venidera. Desde educación, el ámbito de la salud se trabaja principalmente a través de la asignatura de educación física. Algunos temas se tocan de forma transversal en otras asignaturas pero normalmente de forma muy superficial. En realidad, no existe una preocupación por la salud de los menores más allá de la que afecte a un accidente, algún que otro caso alarmante de anorexia, o que un niño de positivo por covid.

Como se puede deducir de lo explicado en los párrafos anteriores, el cuidado de la salud, es algo que depende de cada persona, pero puesto que tener una ciudadanía con un estado de salud bueno es algo que nos afecta a todos, podríamos preguntarnos si las instituciones públicas podrían aportar algo desde su funcionamiento cotidiano en beneficio de una mayor salud comunitaria. Ante este planteamiento es fácil defender que al menos para la población que presente un potencial riesgo de salud, las instituciones públicas deberían coordinarse para minimizar dichos riesgos estableciendo políticas de prevención primaria saludables. En esta línea, el Consenso de Alcaldes sobre ciudades saludables expresó claramente que «la buena salud de sus ciudadanos es una de las señales más contundentes e inequívocas de que una ciudad ha logrado un desarrollo sostenible».

El motivo de esta tesis doctoral no es otro que realizar una aproximación para comprender los mecanismos de funcionamiento sobre los que debe basarse el trabajo social comunitario para estar al servicio de lo que una comunidad necesita en cada momento. Para poder entenderlo mejor, se evalúa la eficacia del proyecto Vallecas Activa, galardonado en 2016 con el primer premio Estrategia NAOS a la actividad física en el ámbito familiar y comunitario. En 2018, el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid le otorgó el premio a la mejor acción de innovación social. Vallecas Activa surge mediante una coordinación interdisciplinar entre los diferentes agentes de salud pública del barrio de Entrevías. En esta iniciativa participan los recursos públicos de Sanidad, Servicios Sociales, Educación, y Deporte del barrio, y persiguen el objetivo de mejorar la eficiencia de los recursos públicos relacionados con el bienestar de los ciudadanos. A continuación se presentan los objetivos diseñados para evaluar la eficacia de la metodología utilizada en el programa Vallecas Activa como herramienta de trabajo comunitario:

1. Evaluar la aportación del Programa Vallecas Activa a la población de RMI que participa en él.

-
- a) Comparar el tamaño de la red personal de los participantes en el programa Vallecas activa, con los que no participan.
 - b) Comparar las habilidades básicas en las dos poblaciones de referencia.
 - c) Comparar la capacidad adquisitiva en las dos poblaciones de referencia.
 - d) Medir la importancia del deporte como alternativa de ocio.
 - e) Medir la capacidad de generar un hábito positivo que mejore en el estilo de vida personal.
2. Evaluar el efecto que produce en la salud personal de las personas que vienen derivadas por su médico de cabecera al Programa Vallecas Activa.
 - a) Medir el cambio que se produce en los hábitos básicos.
 - b) Evaluar al cambio que se produce en la percepción personal de la salud.
 3. Evaluar el impacto que tiene el Programa Vallecas Activa en la comunidad.
 4. Conocer y valorar las estrategias comunitarias utilizadas para su funcionamiento.

El trabajo que a continuación se presenta se encuentra organizado en tres grandes apartados. En el primero de ellos (Título II) se presentan los *antecedentes teóricos y empíricos* más significativos para esta tesis doctoral. En éste se recogen los fundamentos del trabajo social comunitario, sus antecedentes más significativos, los principales modelos de intervención y se realiza una síntesis de como se encuentra el trabajo social en la actualidad. También recoge las principales ventajas e inconvenientes que presenta el deporte como herramienta de trabajo social. En este contexto se presenta el Modelo de Hellison como una de las alternativas de trabajo que mejor esta funcionando en la actualidad. Por último, este apartado también agrupa las principales teorías sobre los factores que están determinando la salud y la enfermedad de una población, así como cuales son las conclusiones principales que la ONU ha obtenido mediante las Conferencias Internacionales que ha promovido sobre la Promoción de la Salud.

El Título III recoge el *contexto de estudio*, quedando conformado por el análisis sociodemográfico del distrito municipal de Puente de Vallecas (Madrid). También se incluye en éste, la presentación del programa Vallecas Activa, explicando de forma amplia en qué consiste y cuál ha sido su evolución.

El Título IV hace referencia al *trabajo empírico* realizado, recogiendo todo el diseño metodológico del estudio realizado, y donde se explican los sistemas de recogida de información (cuestionarios y entrevistas). También, en este apartado, se exponen y comentan los resultados obtenidos del análisis de los datos, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

Por último, el Título V, recoge la discusión de resultados y las conclusiones que se extraen del presente trabajo.

CAPÍTULO 1. PRESENTACIÓN

Parte II

**ANTECEDENTES TEÓRICOS Y
EMPÍRICOS**

Capítulo 2

Trabajo Social Comunitario

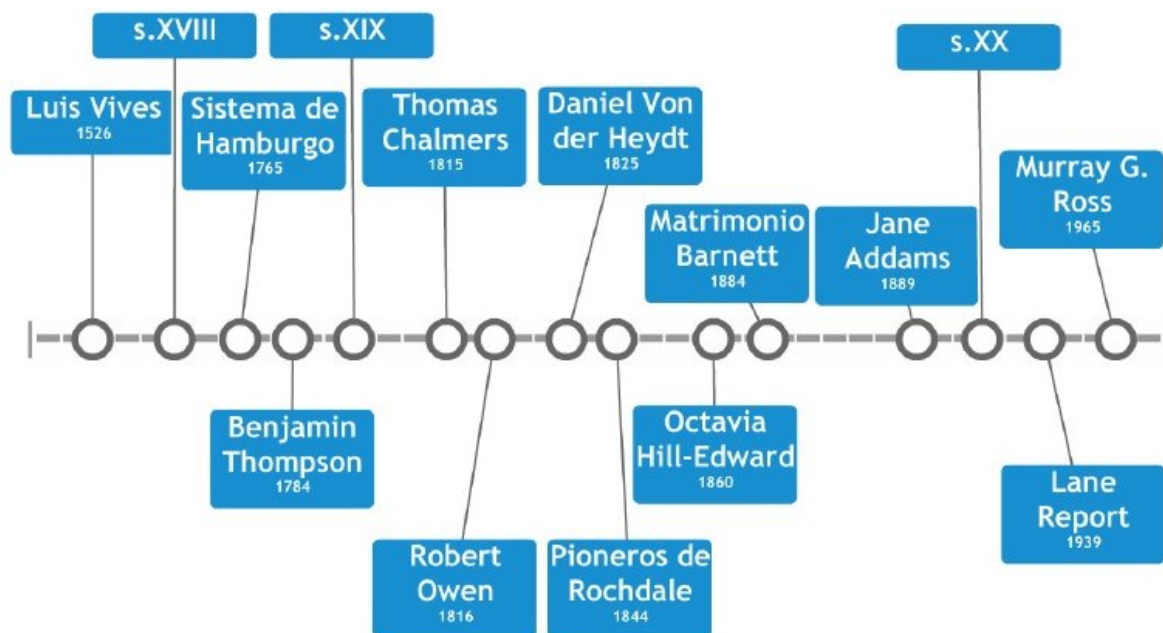
2.1. Antecedentes

Como comienzo se realiza un breve repaso de las principales iniciativas que marcan un cambio en la historia, al perseguir nuevas formas de actuación, buscando eliminar los problemas sociales de la comunidad detectados en cada momento histórico. En la figura 2.1 se ha representado una línea del tiempo con los precursores más importantes de la organización comunitaria. Tal y como comentan Lillo y Roselló (2004), «el primer abordaje de la intervención comunitaria es eminentemente empírico y de inspiración religiosa, con el propósito de mejorar las condiciones sociales de las clases sociales deprimidas» (p.34).

Juan Luis Vives. De subventione pauperum (1526).

Pensador español (Valencia, 1492 - Brujas, 1540). Nacido en una familia de judíos conversos. Desde 1512 se estableció en Flandes, donde fue profesor de la Universidad de Lovaina y entabló una estrecha relación con Erasmo de Rotterdam y Tomás Moro. Su pensamiento es uno de los máximos exponentes del humanismo renacentista. Entre sus obras figura «*De subventione pauperum*» (El socorro de los pobres), escrita en 1526, y en la que plantea un sistema para solucionar el problema de los pobres en las ciudades, planteando la novedad de que deben ser los regidores los responsables de su implantación. Es la primera vez que se trata de organizar una actuación para solventar el problema de los pobres de forma organizada, y que no dependa de la caridad individual. Lo importante en Vives es su preocupación por los aspectos inmediatos de la realidad humana, conoce en profundidad al hombre y a su historia. Es considerado uno de los precursores de la intervención del Estado organizada y asistencial

Figura 2.1:
Línea del tiempo de la Organización comunitaria



Fuente: Elaboración propia.

a los necesitados.

El sistema de Hamburgo (1765).

Se divide la ciudad en 60 barrios, cada uno con el mismo número de familias pobres. Se establece una oficina central de ayuda al indigente (junta central) compuesta por 5 senadores y diez ciudadanos particulares, que se encarga de diseñar los reglamentos a cumplir. Se prohíbe la mendicidad y el dar limosna a los mendigos. En cada distrito se crea un comité formado por tres ciudadanos respetables, que prestaban sus servicios de forma altruista. Este comité se encarga de entrevistar a los indigentes e investigar sobre su salud, lo que ganaban, sus costumbres y morales, determinando las necesidades individuales de cada indigente y de cada familia. A los enfermos se les atiende en los hospitales, a los parados se les ayuda a encontrar trabajo, pero si se pensaba que estaban ociosos de forma voluntaria se les expulsaba de la ciudad. Los adolescentes se formaban en escuelas elementales, se creó una escuela industrial para formar a los desempleados. El sistema funcionó durante trece años.

Benjamin Thompson (Conde Rumford).

Militar, físico e inventor británico. En 1784, creó en el Estado de Baviera (Munich) un sistema dirigido a atajar las necesidades más profundas que tenía la población de la ciudad, para

2.1. ANTECEDENTES

ponerlo en funcionamiento utiliza como eje vertebrador la participación de los ciudadanos. Las principales medidas que tomó fueron:

- Crear en todos los distritos unos comités destinados a atender a los mendigos.
- Crear fábricas donde trabajaban los pobres y donde recibían formación y ayuda para cubrir sus necesidades básicas (alimentación, ropa,...).
- Establece un control riguroso de las personas que atendían.
- Organizó comisiones de barrio con comedores sociales en los que trabajaban los mendigos.
- Creó escuelas y viviendas sociales.
- Intervino ante el medioambiente de la ciudad mejorándolo.
- Prohibió dar limosna.
- El sistema se sostenía mediante impuestos, donativos y aportaciones de particulares.

Thomas Chalmers (1780-1847).

Clérigo y economista escocés. Fue profesor de filosofía moral en la Universidad de Saint Andrews y se unió al cisma de la iglesia de Escocia, ocurrido en 1843.

En 1815 fue destinado a Glasgow, ciudad desbordada por la miseria donde se implicó activamente en las actividades de caridad, con el fin de auxiliar a los necesitados.

La dividió en 25 vecindarios, cada uno de los cuales comprendía de 70 a 100 familias. Cada vecindario estaba al cuidado de un responsable encargado de distribuir la ayuda material a los necesitados, velar por la instrucción de los niños y fomentar la ayuda mutua entre los pobres. Asimismo, motivaban a los ricos para que asumieran la protección de las familias necesitadas de cada sector. Chalmers fue el primero en señalar que la ayuda a los indigentes debía convertirse en una ciencia basada en la observación, y sin olvidar que el objetivo debía ser el mejoramiento social. (Kisnerman, 1998, pg.20)

Se caracterizó por intentar organizar el socorro de los necesitados, mediante la individualización del problema de la pobreza y la coordinación sistemática de esfuerzos y recursos, y sobre la base de su administración austera y eficaz, ... Para ello, consideraba que la atención de los pobres requería de un proceso de dos pasos: a) indagar cuidadosamente sobre la situación de pobreza, y b) motivar a los vecinos y familia para hacerse cargo del pobre si no fuera posible su autonomía,

de ser necesario acudir a las familias ricas, para el sustento de los pobres y, como última solución, buscar la ayuda de los fieles. Así, una forma organizada de atención a las necesidades, comienza a elaborar sus principios axiológicos, teóricos y metodológicos. (Capilla y Villadóniga, 2004, pg.37)

Robert Owen(1771-1858).

Empresario y socialista utópico británico. Lillo y Roselló (2004) comentan que Owen estaba convencido de que el entorno social del individuo y sus condiciones ambientales, determinaban su carácter, motivo por el cual se debía adaptar el ambiente para que estuviese al servicio de las personas. Según explican Capilla y Villadóniga (2004):

Owen era propietario de las fábricas del textil de Lanark. Sin embargo, Robert Owen no estaba sólo interesado en hacer negocio sino que también se propuso crear un nuevo tipo de comunidad. Creía firmemente que el carácter de una persona se formaba en contacto con su ambiente, por ello se oponía frontalmente a los castigos físicos en escuelas y fábricas y prohibió inmediatamente su uso en sus fábricas. Entre sus primeras medidas estuvo la creación de una escuela para atender a los menores de la localidad. Redujo el horario de trabajo de los menores y se negó a contratar a los menores de diez años. En 1815 envió ofertas detalladas al parlamento sobre sus ideas en la reforma de las fábricas. Decepcionado con la respuesta que recibió en Gran Bretaña, Owen se decidió en 1825 a establecer una nueva comunidad en América basada en las ideas socialistas que él había desarrollado. (pg.46)

La comunidad fue conocida como «New Harmony», con la cual esperaba crear un sentido de comunidad y de hermandad que terminaría apartando a la forma capitalista de organización. Su intento de comunidad, tres años después había fracasado. Años después volverá a crear una ciudad comunitaria en Queenwood, con el mismo éxito que la anterior.

Se dedicó a ayudar a grupos que promovían reformas: de las fábricas, el sufragio y el desarrollo de las organizaciones sindicales. Se le considera el impulsor del cooperativismo.

Daniel Von der Heydt. Sistema Elberfeld (1825).

Empresario y político alemán. Estableció en Elberfeld un sistema asistencial, creando un comité central y dividiendo la ciudad en 564 sectores. Cada 14 sectores se nombraba a un supervigilante de distrito. Cada sector era atendido por un «limosnero-visitador», el cual se encargaba de proporcionar ayuda médica, buscar trabajo, dar consejos y conceder ayuda material. El trabajo era voluntario, pero recaía en personas con bienes que eran nombrados por tres años. Políticamente, el cargo de visitador estaba muy bien considerado. Se centraba en el estudio de necesidades de los pobres en cada sector y puso énfasis en la prevención y

2.1. ANTECEDENTES

rehabilitación social (Maidagan de Ugarte, 1970, pg.67).

Pioneros de Rochdale (1884).

La mala situación de los trabajadores en Reino Unido, les llevó a una situación desesperada, en la que decidieron fundar en 1884 la que se considera la primera cooperativa del mundo la «Rochdale Society of Equitable Pioners». Esta cooperativa se considera importante porque establecen los principios del cooperativismo y crean las bases de una organización técnica para el movimiento cooperativo de consumo (Puig i Pla, X, 2002, pg.125).

Octavia Hill (1860).

Junto con Edward Deninson crean una institución privada que organice la ayuda ante la caridad, la Charity Organization Society (C.O.S.). Dentro de la institución van a surgir dos tendencias ante como establecer la ayuda:

- una orientada al individuo,
- otra dirigida a promover cambios en la organización de la comunidad.

En 1864, Octavia Hill junto con John Ruskin ponen en marcha un plan de reconstrucción y rehabilitación de viviendas alquilándolas a bajo coste a familias trabajadoras, y a la vez montan un sistema para orientar a las familias sobre economía doméstica y actividades.

Matrimonio Barnett (1884).

Establecen un centro residencial para universitarios (Toynbee Hall) en el interior de uno de los barrios más pobres de Londres con el objetivo de dar cultura a los pobres y convivir con ellos. Estos centros acogían a jóvenes idealistas de clase media, hombres y mujeres, que vivían durante varios años en barrios bajos urbanos para proporcionar «sostén moral» y educativo a los inmigrantes pobres. El movimiento se conoció como «*Settlement movement*» y se extendió rápidamente llegando en 1889 a Estados Unidos de la mano de James Addams.

Jane Addams (1860-1935).

Pertenecía a una familia de clase acomodada, y fue una de las primeras mujeres en recibir educación universitaria. Fue galardonada en 1931 con el Premio Nobel de la Paz por su lucha social y feminista en EE.UU.

En 1889 creó en Chicago la «*Hull House*» fenómeno que se extendió muy rápido por otras ciudades, y en 1910 existían ya unos 400 centros. Eran conocidos como centros de comunidad o casas de vecindad. Y su objetivo fundamental es el desarrollo y la mejora de una vecindad, decían: «cuando la gente se conoce confían más los unos en los otros». El vivir al lado de los pobres, compartir sus condiciones de vida, sus alegrías y tristezas significa ser un vecino, y los residentes de los establecimientos se consideraban, buenos vecinos. El movimiento sostenía que la pobreza derivaba de condiciones sociales adversas, sobre las cuales los individuos tenían poco o ningún control. Los centros de asentamientos hicieron aportaciones valiosas a la vida

de los pobres urbanos: promovieron servicios comunitarios apoyaban a los sindicatos en sus propuestas y llevaron a cabo grandes cruzadas para aliviar los males sociales del momento. Hacían un mayor hincapié en la reforma social que en la mejora individual. Sin desprestigiar la autoayuda, trataban de estimular mediante los clubes, conferencias y foros, los esfuerzos cooperativos para el logro de la mejora comunitaria.

En la Hull House se atendía a un gran número de familias tanto en sus necesidades materiales (comidas calientes) como afectivas, educativas, recreativas, etc. Se establecieron galerías de arte, escuelas de música, biblioteca, guarderías, enfermerías de día, bolsa de trabajo, clases de inglés, de baile, de canto, gimnasia... También eran lugares de reunión para los grupos sindicalistas. Había también numerosos clubs, llegando a convertirse en un lugar de reunión para intelectuales y reformadores. Los centros de asentamiento, sirvieron para que las personas se integraran en todo tipo imaginable de actividades de reforma social progresista: mejora de los bloques de viviendas, parques públicos de juego, la abolición del trabajo infantil, la exigencia de mejores salarios y horarios para las mujeres trabajadoras, etc. También se dirigieron investigaciones en obstetricia, consumo de alcohol y drogas, condiciones de trabajo en las fábricas, condiciones de la vivienda, condiciones sanitarias, mortalidad infantil, presencia de enfermedades, educación de la infancia, etc. (Capilla y Villadóniga, 2004, pg.157-161).

2.2. Orígenes

En cuanto a los orígenes de la intervención «comunitaria» tenemos que remontarnos a finales del s.XIX y principios del s.XX, donde surgen dos importantes formas de ponerla en práctica:

- El **Desarrollo comunitario**: Como programas extremos dirigidos a conseguir el desarrollo tanto material como de organización de servicios en una comunidad. Se comenzó utilizando principalmente en países en vías de desarrollo.
- La **Organización comunitaria**: Como veremos a continuación puede ir dirigida a conseguir dos objetivos: mejorar la coordinación entre instituciones públicas y privadas para desarrollar una planificación social y mejorar los niveles de servicio; o puede perseguir generar un movimiento de cooperación y colaboración de la propia comunidad.

2.2.1. Desarrollo Comunitario

Este modelo de intervención surge fuera del ámbito del trabajo social, y parece, que lo utiliza por primera vez en Europa la Oficina de Colonias Británica en 1942, para designar el programa de acción social que desarrollaban en sus colonias (Ander-Egg, 1996).

2.2. ORÍGENES

En 1956, la ONU elabora el Informe «*Desarrollo de la comunidad y servicios conexos*» donde establece la que se conoce como la primera definición de lo que se entiende por Desarrollo Comunitario:

... La expresión Desarrollo de la Comunidad se ha incorporado al uso internacional para designar aquellos procesos en cuya virtud los esfuerzos de una población se suman a los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades; integrar éstas en la vida del país y permitirles contribuir plenamente al progreso nacional. (Ander-Egg, 1987, pg.40)

El desarrollo comunitario que aplicó la ONU y algunas ONG's en países en vías de desarrollo y del Tercer Mundo perseguían el objetivo de desarrollarles y prepararles para su independencia. Estos programas hacían mucho hincapié en el crecimiento económico, ya que estas zonas o estos países estaban caracterizados por condiciones de atraso y miseria de la gran mayoría de la población. Era necesario provocar cambios estructurales en su economía y en su sistema productivo que permitieran superar el subdesarrollo. Para poner en marcha estos programas de desarrollo comunitario la ONU se apoyó en sus organismos especializados:

- UNESCO: Educación fundamental y de adultos.
- OIT: Promoción de cooperativas e industrias rurales.
- FAO: Extensión agrícola y labores de economía doméstica.
- OMS: Proyectos sanitarios y de salud.

Autores como Nogueiras insisten es que es importante el cambio de actitud y desde las primeras fases se llega a plantear como fin la identificación y formación de dirigentes locales. A su vez, «la participación se convierte así en el instrumento-clave para el desarrollo económico y social. Todo ello requiere propiciar los cambios mentales y de actitudes necesarios en la población, encaminados a crear las condiciones adecuadas para que la gente participe responsablemente en su propio destino y en el destino de su pueblo,...». (Nogueiras Mascareñas, 1996, pg.41)

Procesos de este tipo llegaron a levantar críticas de autores por considerar que esconden una manipulación y un sometimiento de la población, tal y como refleja Ander-Egg en el siguiente extracto:

... se trataba de un movimiento de promoción que debía iniciarse en las colonias para preparar su emancipación. (...) Las acciones programadas tenían, fundamentalmente, objetivos educacionales: alfabetización, capacitación laboral, etc.,

destinados a preparar la fuerza de trabajo que requerían las industrias instaladas en las colonias. Como telón de fondo, estos programas eran acciones encaminadas a introyectar en los colonizados los valores del sistema imperial para que la gente funcionara de acuerdo con esas pautas y valores. (Ander-Egg, 1996, pg.149)

Ander-Egg (1996, pg.158) considera el desarrollo de la comunidad como un método o como un programa, aunque también habla que puede ser considerado como un proceso o como un movimiento.

Como método es un conjunto de procedimientos prácticos que buscan mantener, modificar o transformar algún aspecto de la realidad social buscando resultados específicos. En estos se considera que la participación de la población es el concepto central para articular el desarrollo de la comunidad. En cuanto a su sentido viene dado por la ideología subyacente, de quienes promueven o realizan estos programas, ... llegando a indicar la forma en que debe ser organizada y funcionar la sociedad. Según el autor, «la actitud con que se llevan a cabo los proyectos y la forma de emprender el trabajo, es más importante que el contenido material de los proyectos».

Como programa, «de lo que se trata es de formular cada proyecto, y el conjunto de actividades, de tal manera que cada uno sirva de apoyo a los otros, integrando y complementando diferentes líneas o frentes de acción».

Este método de intervención (desarrollo comunitario) y la organización comunitaria surgen en distintas realidades y persiguen propósitos diferentes. Sin embargo tienen elementos comunes, que posteriormente (ya en la década del 50) confluirán en la sistematización del conjunto de técnicas y procesos:

El aspecto común de estos métodos (organización y desarrollo de la comunidad en servicio social) de intervención, es el hecho de que ambos recogen y utilizan una variada gama de técnicas, sobre todo aquellas que derivan del auge de las ciencias sociales aplicadas que se producen en esos años, como son las técnicas estadísticas, demográficas, las de psicología social (muy usadas para los objetivos de comunicación, persuasión, organización) la dinámica de grupos, utilización de liderazgo y otras técnicas que confluyen en el llamado método de grupo en servicio social. Hay que mencionar también las técnicas y conocimientos de la antropología aplicada (estudio de los sistemas de parentesco, estudio de dialectos y de idiomas nativos) así como las técnicas de educación y alfabetización de adultos. Según expone Giovanni Bonfiglio (citado en Barreto Acosta, 2003, pg.139).

2.2.2. Organización comunitaria

Lo que hoy denominamos como trabajo comunitario, en sus orígenes se conocía como Organización de la comunidad.

Uno de los primeros autores en utilizar la expresión «organización de la comunidad» fue Edward Lindeman (Aguilar Idañez, 2001, pg.4), el cuál, (1921, pg.172-186) llegó a plantear unos principios para la organización de la Comunidad:

1. Es un esfuerzo consciente de parte de la comunidad de controlar sus asuntos democráticamente asegurando los mejores especialistas, organizaciones, agencias e instituciones.
2. Autoexpresión que tienen en cuenta la mentalidad afín y las capacidades particulares de las personas.
3. El conflicto es inevitable en el proceso social.
4. La fuerza estimulante que hace que una comunidad se inicie hacia la organización puede provenir de dentro o fuera de la comunidad.
5. Los proyectos inaugurados después de la organización de la comunidad deben ser cuidadosamente seleccionados.
6. El liderazgo en la organización comunitaria debe mantener su programa al menos un escalón en el proceso democrático de avance.
7. Los Comités operativos necesitan ser cuidadosamente seleccionados, ellos necesitan definir los procedimientos técnicos.
8. La publicidad dada a la comunidad en el proceso de organización puede hacer que el experimento fracase.
9. Los presupuestos deben ser moderados e incrementarse solamente en proporción a la nueva ampliación de funciones.
10. Los líderes deben prever la crítica al procedimiento de organización de la comunidad.

El desarrollo teórico posterior muestra la existencia de dos enfoques diferentes de la organización de la comunidad: el enfoque centrado en la planificación social con un fin de articulación de los recursos y de las necesidades sociales (Lane Report, 1939) y el enfoque de la planificación social como instrumento o herramienta para conseguir en la comunidad actitudes de cooperación y colaboración (Murray G. Ross, según (Moix Martínez, 1991, pg.383).

2.2.2.1. Planificación social con el fin de articular recursos y necesidades sociales

La presentación en la «National Conference of Social Work» del informe «*Lane Report*» en Búfalo (Estados Unidos), se considera el inicio de la profesionalización de la organización de la comunidad. Las principales características que proponía el método elaborado para la National Association of Social Work (1939), se pueden sintetizar en:

- El término organización de la comunidad se refiere tanto a un concepto como a un campo de actuación.
- El proceso de organización de la comunidad es realizado tanto en la esfera del Trabajo Social como fuera de ella.
- En la esfera del Trabajo Social algunas organizaciones lo realizan como función primaria mientras que otras como función secundaria.
- El proceso puede darse a diferentes niveles territoriales.
- Las Instituciones de Organización de la comunidad, normalmente no suelen ofrecer servicios directos.

Años más tarde, en 1962, la NASW llega a sintetizar en tres los objetivos de organización de la comunidad: (Aguilar Idañez, 2001, pg.4)

1. Proporcionar a la comunidad, o a sectores de la misma, la oportunidad de movilizar sus recursos para resolver o prevenir problemas sociales.
2. Proporcionar medios de interacción entre diferentes sectores de la comunidad.
3. Proporcionar a la comunidad un servicio de planificación del bienestar social.

2.2.2.2. Planificación social como herramienta para conseguir en la comunidad actitudes de cooperación y colaboración

En este proceso de consolidación teórica y práctica de la organización comunitaria destaca la obra de Murray G. Ross «*Community Organization: Theory and Principles*», publicada en 1965. En donde define la organización de la comunidad como:

Un proceso por el cual una comunidad identifica sus necesidades u objetivos, ordena estas necesidades u objetivos, halla los recursos (internos/externos) para enfrentarse a esas necesidades o alcanzar sus objetivos, actúa con respecto a los mismos, y al hacerlo así desarrollan en la comunidad actitudes cooperadoras y

2.3. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR COMUNIDAD?

colaboradoras y formas de actuar. (Ross, 1965, citado en Aguilar Idañez, 2001, pg.4)

Llegando a establecer como principios básicos de organización de la comunidad: (Ross,1967, citado en Aguilar Idañez, 2001, pg.4-5)

1. Las comunidades pueden desarrollar su capacidad para enfrentar sus propios problemas.
2. La gente quiere cambiar y puede cambiar.
3. La gente debería participar en la realización, modificación o control de los principales cambios que tengan lugar en sus comunidades.
4. Los cambios en la vida de la comunidad que son auto-aceptados o autodesarrollados por ellos mismos tienen un significado y una permanencia que no tienen los cambios impuestos.
5. Un enfoque holístico puede enfrentar exitosamente los problemas que con un enfoque fragmentado no puede resolver.
6. La democracia requiere participación cooperativa y acción en los asuntos de la comunidad, y la gente debe aprender destrezas que hagan esto posible.
7. Con frecuencia, las comunidades humanas necesitan ayuda en la organización para hacer frente a sus problemas, así como algunos individuos necesitan ayuda para enfrentar sus propias necesidades individuales.

2.3. ¿Qué se entiende por Comunidad?

Por ser la comunidad un concepto complejo, permite ser entendido de formas muy distintas lo que dificulta alcanzar un consenso de su significado. La mayoría de las definiciones van dirigidas a una tipología concreta de comunidad, y cada tipo concreto de comunidad deberá contar con una metodología de trabajo apropiada, adaptada a su forma de organizarse. Analicemos a continuación algunas de las definiciones de comunidad más conocidas.

En primer lugar veamos la aportación de Ander Egg (1980) plantea que «la comunidad es una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función en común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto» (pg.76). Ander-Egg se está refiriendo a una organización que puede ser alguna asociación de un barrio o distrito con

una finalidad muy determinada y que se encuentra ubicada en un universo mayor de otra comunidad.

Sin embargo, Natalio Kisnerman (1990) lo que pone en valor es el lugar donde interactúan las personas que con una conciencia de pertenencia forman parte de una comunidad, veamos su definición:

La Comunidad está formada por el espacio donde transcurre la vida de las personas y donde se producen las interacciones sociales que posibilitan la conciencia de la unidad, por un sistema de relaciones sociales basado en el conocimiento de las personas cara a cara y por unos intereses y necesidades comunes. Por lo tanto, espacio e interacciones son los elementos fundamentales de la Comunidad.

Para Rezsóhazy, «la comunidad es una entidad geográficamente localizable que forma una unidad de vida y que ofrece a sus habitantes los equipamientos, los servicios, las relaciones y las oportunidades necesarias para su vida cotidiana» (citado en Escartín, 1998, pg.104). Rezsóhazy está definiendo a la comunidad como una unidad social que podemos traducir como un pequeño municipio o ya dentro de una gran ciudad como una coordinadora de entidades. Para este autor también es muy importante las oportunidades que la comunidad ofrece a sus habitantes. En consonancia con la definición anterior, Escartín (1998) muestra las dos caras de una misma moneda, los problemas y conflictos que se producen en una comunidad y a su vez los beneficios que también genera a las personas que en ella habitan:

Sus habitantes no son un conglomerado o una masa, sino personas y grupos que se interrelacionan; poseen numerosos intereses comunes; comparten un cierto número de valores y se identifican como pertenecientes a la misma entidad. Esto no significa que no existan divergencias y conflictos en su interior o que sus habitantes no tengan intereses, obediencias y sentimientos que les ligan a conjuntos más amplios o más reducidos. Significa que hay un tejido social suficientemente tupido e identificable que aporta a los individuos una buena parte de los recursos de su vida en común. (pg.104)

En la obra «*Comunidad, participación y desarrollo*», Marchioni (1999) profundiza en que elementos se encuentran presentes en las comunidades, llegando a identificar cuatro factores estructurales de toda comunidad:

Bajo el punto de vista de la comunidad como dimensión y ámbito de la intervención comunitaria, [...], la comunidad es siempre un territorio en el cual vive una determinada población que tiene determinadas demandas y que cuenta con determinados recursos. (pg.40)

2.3. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR COMUNIDAD?

De esta definición entresacamos los factores estructurales de cualquier comunidad, ya que todos ellos, por una parte, determinan y condicionan directa o indirectamente la vida de la gente y, por la otra, van a incidir en nuestro trabajo. Los cuatro factores estructurales son por tanto: El territorio, la población, las demandas, los recursos, que a partir de ahora formarán parte fundamental y básica de nuestra metodología. (pg.40)

La población, requisito imprescindible para que exista una comunidad. Las demandas son punto de partida para conocer las necesidades y aspiraciones de una población, pero se deben identificar los intereses comunes existentes para poder iniciar un trabajo comunitario. Los recursos existentes, factor imprescindible para saber en que se puede apoyar el trabajo comunitario, lo que falta, lo que tiene que ser reformado o construido. El territorio, es un factor que prácticamente es nombrado por todos los autores, continua siendo importante, aunque desde la llegada de internet ha dejado de ser un factor fundamental para una comunidad. Cada vez existen más comunidades virtuales donde el punto de unión viene dado por presentar unos intereses comunes y no por su localización.

Rosario Alonso (2004) define a la comunidad con los cuatro factores comentados por Marchioni, resaltando como importante tanto la motivación que debe presentar la población para llevar a término el trabajo comunitario, como las capacidades que posea.

La comunidad es la población (o algún sector de ella) que vive en un territorio bien delimitado, que comparte una serie de necesidades y que se dota de los recursos necesarios para satisfacer dichas necesidades; entre otros recursos encontramos sus capacidades potenciales que soporten acciones acordes con las mismas, con su motivación y con principios de utilidad. (pg.38)

Para Zamanillo (2010) la comunidad es una red compleja de individuos, familias, grupos, asociaciones e instituciones que presentan una interacción problemática. De ahí que para esta autora surjan múltiples dificultades para comprender e intervenir en el espacio comunitario.

A continuación, en el cuadro 2.1, se presenta una comparación de los principales temas que trata cada autor en su definición para expresar lo que cada uno entiende por comunidad. Como se observa en el cuadro, existen multitud de conceptos que identifican aspectos importantes de una comunidad, cada autor da importancia a unos distintos, siendo que la comunidad esta formada por personas el único concepto que goza de unanimidad, ninguno más es tratado de forma unánime por todos los autores, reflejando una clara falta de consenso sobre cuales son los aspectos fundamentales para precisar el término comunidad.

Eito y Gómez (2013), tratan esta cuestión, afirmando que esta situación no esta provocando el desuso del término, que goza de un gran esplendor y simpatía entre los profesionales

CAPÍTULO 2. TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO

Cuadro 2.1:
Conceptos que definen una comunidad.

	Ander-Egg	Kisnerman	Rezsohazy	Marchioni	R.Alonso	Zamanillo	Eito	Escartín
Personas	X	X	X	X	X	X	X	X
Territorio común	X	X	X	X	X		X	
Organizaciones	X					X		
Conciencia pertenencia	X		X				X	X
Interacciones		X	X			X	X	X
Intereses comunes		X						X
Necesidades				X	X			
Recursos				X	X			
Red						X		
Equipamientos/servicios			X					X
Capacidades potenciales					X			
Motivación					X			
Oportunidades			X					
Valores								X

Fuente: Elaboración propia.

del trabajo social. Para estos autores, la Comunidad no es un término fácil de definir:

... ya que es un concepto que tiene que ver sobre todo con relaciones y con la forma que tengamos de vernos en el mundo. Ya que en definitiva el término comunidad, como tal, tiene sentido en un contexto, con un entorno, en un espacio y situación en el que las personas se sienten identificadas con él y con lo que supone. (pg.14)

A pesar de todas estas dificultades defienden su utilización en el ámbito del Trabajo Social:

Desde lo simbólico, porque permite aglutinar discursos y es un motor de cambio y transformación social. Y desde lo operativo porque nos permite entroncar con lo institucional y con el análisis y lucha contra la exclusión social por medio de lo relacional. (pg.15)

Enrique Pastor (2021) avanza y profundiza en clasificar las diferentes formas de construir el trabajo comunitario, llegando a categorizar las prácticas comunitarias según el siguiente esquema:

- *Solidaridad entre vecinos.* Hace referencia a alternativas que existen entre la ciudadanía marcadas por ser informales y estar mayoritariamente autorganizadas. Tienen la finalidad de potenciar el intercambio entre vecinos y facilitar el cuidado. Podemos definir las como la ayuda natural. Algunos ejemplos son bancos del tiempo, mercados solidarios, huertos sociales,...
- *Movimientos ciudadanos.* En este ítem agrupa a movimientos sociales de defensa de derechos de los ciudadanos que normalmente persiguen visibilizar las desigualdades o

2.3. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR COMUNIDAD?

injusticias existentes en una determinada sociedad. Buscan generar conciencia y persiguen tener incidencia política.

- *Programas de Rehabilitación de hábitats degradados.* Suelen ser proyectos que se definen de forma colectiva (comisiones de barrio, mesas de agentes, etc). Su financiación suele proceder de las administraciones públicas y se desarrollan mediante planes transversales que persiguen mejoras sociales, culturales o económicas en zonas deterioradas. Se centran normalmente en potenciar las fortalezas y oportunidades de una comunidad. Un ejemplo son los proyectos Urban financiados por la Comisión Europea.
- *Promoción de la solidaridad, voluntariado y asociacionismo.* En este apartado incluye los proyectos encaminados a canalizar voluntariado y a impulsar asociaciones.
- *Actuaciones comunitarias dirigidas a colectivos o áreas específicas.* Son actuaciones que persiguen de forma transversal dar respuestas integrales de demandas concretas de determinados colectivos. Se concretan en redes de apoyo mutuo, apoyo escolar, programas de mediación vecinal o intercultural,...
- *Dinamización intercultural.* Son programas participativos que persiguen mejorar la cohesión social de un entorno determinado. Normalmente son gestionados por administraciones públicas o entidades sociales.
- *Fomento de capacidades y diálogos ciudadanos.* Pertenecen a este grupo las actuaciones que llevan a cabo grupos de interés en centros sociales y culturales de forma presencial o virtual.

Clasificación muy interesante que nos permite imaginar el amplio abanico existente cuando hacemos referencia al trabajo comunitario, reflejando claramente una gran variedad. El método a aplicar vendrá determinado por la procedencia de los fondos, los agentes que intervienen y el objetivo que se persigue.

Para finalizar este apartado, me gustaría hacerlo con otra óptica que puede facilitarnos discurrir sobre la finalidad que perseguimos con el trabajo para la comunidad. A continuación muestro algunas reflexiones de conocidos autores sobre sociedades avanzadas:

En los países en los que la industrialización y urbanización están relativamente muy avanzadas, la preocupación principal es la pérdida de comunidad como forma importante de asociación social y moral. ... El centro urbano es impersonal, carece de cohesión, es una unidad política y social ineficaz que facilita un terreno inadecuado para el total desarrollo de la personalidad. En los centros metropolitanos hay poco sentido de pertenencia o de identificación y asociación íntima con

otros porque estos no son comunidades en el verdadero sentido de la palabra, sino monstruosidades no planificadas en las que, como hombres y mujeres, estamos segregados, en estrechas rutinas y ambientes. (Ross, 1997, pg.7)

Y Ulrich Beck comenta que en una sociedad altamente individualizada, las tradiciones están cuestionándose y las formas de integración social se han vuelto inciertas e incapaces de funcionar a largo plazo. (Zamanillo, 2010, pg.52)

Creo que es importante tener en cuenta ambas definiciones para comprender que la sociedad ha evolucionado mucho hasta el punto de ver que las comunidades actuales son completamente distintas de las existentes cuando surgió el trabajo comunitario, al menos en el primer mundo. Esto nos lleva a tener que replantearnos los fundamentos, la filosofía, el llegar al fondo de lo que queremos conseguir con el trabajo comunitario. Una propuesta ante este interrogante, nos llega desde el personalismo comunitario, corriente filosófica que pone a la persona como lo más importante, llama al compromiso y persigue crear una sociedad al servicio de la persona. Su fundador, Emmanuel Mounier «al describir la superficialidad y egoísmo en que el individuo se encuentra inserto, denuncia la carencia de sentido y el horizonte de vaguedad en los que el hombre del siglo XX se halla inmerso.... La preocupación principal gira en torno a visualizar a la persona en una relación directa con el otro, donde el encuentro por medio del amor enriquece y crea comunión» (Carrera, 2014, pg.154).

El personalismo comunitario supera la filosofía del yo para abrirse a la filosofía del yo y tú, es una filosofía considerada incomoda para una sociedad y una cultura impersonalista como la occidental. El personalismo comunitario plantea que nunca pensamos individualmente sino comunitariamente y en todo lo que decimos resuenan nuestros maestros, nuestras lecturas y nuestras particulares experiencias. Sus ideas fundamentales se pueden resumir en: (Domínguez Prieto, 2009)

- Estima a la persona como ser máximamente valioso por sí mismo, tomando a la persona como clave y significado de la realidad, considerándola de modo integral.
- Orienta a una praxis transformadora, buscando la personalización de todos los hombres.
- Implica un modo de vida en el que el valor supremo es la persona, desviviéndose por los otros y situando el amor en el motor de la propia vida. (pg.97)

En palabras de Carlos Díaz, el Personalismo comunitario es un modo de vida cuyo sentido radica en centrar el sentido de la realidad en la persona, reivindicando su dignidad absoluta en todos los ámbitos. Es un modo de vida comprometido, vivir desviviéndose por otros, y situar el amor como motor de la propia vida. Denuncia las injusticias, formula caminos

2.3. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR COMUNIDAD?

para la justicia y la personalización y se pone manos a la obra elaborando una economía al servicio de la persona, de una política al servicio de la persona, de una ciencia al servicio de la persona, de una psicología al servicio de la persona, etc. En el nosotros comunitario es donde se hace posible el crecimiento personal. Los dos polos en que se mueve la persona son entre la donación y el narcisismo. Los acontecimientos dolorosos nos hacen encontrarnos con nosotros mismos y con la realidad. Solamente se hacen llevaderos cuando alguien nos ama y nos acompaña, cuando nos perdonan y nos aceptan (Domínguez Prieto, 2008, pg.38-50).

La persona en comunidad:

Para que se pueda hablar de comunidad es necesario que se tome a la persona totalmente en serio, asumiendo su dignidad y su irrepetibilidad. Es necesario ver en el otro a un tú, a un prójimo, no a un mero semejante. Relacionarse de tal manera que se cree un nosotros fruto de vivir un proyecto común, de valorar al que tenemos enfrente, de abrirnos a él para acogerle y envolverle en nuestros ideales. Y solo el amor puede hacer posible este tipo de relación.... El amor es la unidad de la comunidad, como la vocación es la unidad de la persona. (Burgos, 2012)

Para poner en marcha el Personalismo Comunitario Carlos Díaz propone una serie de acciones que podemos resumir en (Domínguez Prieto, 2008):

- Tomar la persona como fin en sí.
- Sustentar toda acción en momentos de silencio interior.
- Alentar la pasión por la sabiduría.
- Conversión personal y desde ella la socioeconómica.
- Situarse a favor de la vida y desde la libertad.
- Promover la esperanza.
- Cultivar la experiencia comunitaria: magisterio, autocrítica, y buscar el ser y no el tener.

También plantea una serie de tareas necesarias para poner en funcionamiento la teoría que defiende:

- No son creíbles más que aquellos que tienen su idea en la palma de la mano, prestos a encarnar su pensamiento.
- Formación de un nosotros esencial que cree comunidad, y personalice la cultura, la historia y la sociedad.

- Acompañar a las personas al encuentro de la verdad sobre si y sobre la realidad.
- Mirar a la realidad cara a cara, y estudiar a la persona y la educación de su voluntad.
- Afrontar en la práctica: la solidaridad, la sabiduría, la vida pública y la mística.

2.4. Principales Modelos de intervención en Trabajo comunitario

En 1974, Rothman et al. (2001) buscando una forma de planificar un cambio social intencionado, desarrolla los tres conocidos enfoques de trabajo social comunitario (cuadro 2.2):

- Modelo A: Desarrollo de la comunidad (Locality development).
- Modelo B: Planificación social/ planificación de políticas sociales (Social planing/policy).
- Modelo C: Acción social (Social action).

Veamos sus características y limitaciones principales:

Desarrollo de la comunidad (Modelo A)

El modelo propone mediante la participación ciudadana en pequeños grupos, perseguir el consenso para buscar soluciones a los intereses y problemas comunes de la comunidad. Se gestiona mediante cooperativas y empresas comunitarias para el desarrollo social y económico. Trata a las personas como ciudadanos del sistema. Otorga a los profesionales el papel de facilitadores y catalizadores. Se debe formar a la comunidad para que sea capaz de tomar sus propias decisiones. Es un modelo racionalizador cuya inercia se genera en la base de la sociedad y va creciendo hasta llegar al vértice de la estructura social. La principal crítica que se le hace es que se cree que tiene poca potencia por ser acaparado por la política imperante. La gran ventaja que tiene es que los cambios van a ser lentos pero aceptados por una gran mayoría de la comunidad, por lo tanto lo que se consiga será una conquista social inamovible.

Planificación social (Modelo B)

En este segundo modelo los profesionales pasan a considerarse expertos que planifican y controlan el cambio de la comunidad. No se plantea un cambio de las estructuras sociales, únicamente se fijan en resolver los principales problemas detectados. Utiliza como metodología recoger y analizar datos, planificando y evaluando las políticas programadas. Es un modelo que parece muy técnico porque existen expertos que estudian a fondo los problemas mas acuciantes de la comunidad, pero las decisiones de cuales son las políticas que se terminan poniendo en funcionamiento terminan rigiéndose por criterios ideológicos. El modelo de toma de decisiones va de la cúspide (administraciones públicas) hacia la base de la sociedad lo que

2.4. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO COMUNITARIO

Cuadro 2.2: Modelos de Intervención Comunitaria.

	Modelo A	Modelo B	Modelo C
	Desarrollo de Comunidad	Planificación Social	Acción Social
Objetivos de la acción comunitaria	Capacidad de integración de la comunidad: autoayuda (obj del proceso)	Resolver problemas de la comunidad (obj de tarea)	Cambio de las relaciones de poder (obj de tarea o proceso)
Estructura de la comunidad y condiciones de los problemas	Comunidad con falta de capacidad de relación y de resolución democrática de los problemas	Problemas sociales de fondo, salud física y mental, viviendas, etc	Poblaciones ultrajadas, injusticias sociales, desigualdades,...
Estrategia básica de cambio	Involucrar a una amplia muestra de personas en la solución de sus problemas	Recopilación de datos sobre problemas y tomar las decisiones más lógicas	Concretar problemas y movilizar masas contra metas enemigas
Características tácticas	Consenso: coordinación entre grupos e intereses comunitarios; Grupos de discusión	Consenso o conflicto	Confrontación de conflictos, acción directa, técnicas de negociación
Roles destacados	Coordinador, habilidades de resolución de problemas	Analista de datos, implementar programas	Activista, agitador, negociador, ideología
Medio de cambio	Guiar pequeños grupos orientados a tareas	Guiar organizaciones formales y tratamiento de datos	Guiar masas y procesos políticos
Orientación hacia las estructuras de poder	Miembros de las estructuras de poder colaborando en común	Estructura de poder como empleadora y como patrocinadora	Estructura de poder como blanco de acción: coaccionados/derrocados
Definición de beneficiario	Toda la comunidad	Toda la comunidad o partes de la comunidad	Partes de la comunidad
Intereses de los grupos de la comunidad	Intereses comunes o diferencias reconciliables	Intereses reconciliables o en conflicto	Conflicto de intereses que no son fáciles de reconciliar
Concepto de beneficiarios	Ciudadanos	Consumidores	Víctimas
Papel de los beneficiarios	Proceso de resolución de problemas	Consumidores o destinatarios	Patronos, electores
Utilización del empoderamiento	Desarrollar la capacidad de una comunidad para tomar decisiones colaborativas: promover el sentimiento de dominio personal por parte de los residentes	Conocer las necesidades de los consumidores. Darles a conocer las opciones de servicio	Lograr el poder y los medios para tener impacto en las decisiones de la comunidad. Promover sentimiento de dominio en los participantes

Fuente: Rothman et al., 1974, pg.45.

hace que no sea asumido por una amplia mayoría provocando un bajo índice de participación social. Otras limitaciones encontradas se enfrentan con que muchas políticas sociales van dirigidas a los grupos de votantes, unido a unos recursos escasos y a la racionalización del gasto público, llevan a cuestionar la utilidad del modelo.

Acción social (Modelo C)

Busca modificar las políticas institucionales e introducir cambios en las estructuras de poder cuando los intereses son antagónicos o irreconciliables. Considera a la persona como víctima del sistema, tomando el profesional el rol de agitador/activista. Se utilizan técnicas de enfrentamiento y confrontación. La acción social reposa sobre la base de la justicia social. Este modelo se suele utilizar cuando la colaboración y la negociación fracasan. El modelo es un movimiento social surgido desde la base de la sociedad que trata de crecer e implantarse. Su fuerza surge de aspectos ideológicos que no están arraigados en la población lo que dificulta que la mecha se mantenga encendida largo tiempo. Una limitación importante de este tipo de movimientos es que si no quedan arraigados son muy difíciles de mantener en el tiempo y terminan siendo como un tsumani social que tras un tiempo ha pasado, ha dejado efectos pero poco se ha modificado.

Desde que Rothman planteó sus conocidos modelos, han surgido numerosos métodos y metodologías para ponerlos en práctica. Veamos los más importantes clasificados en función de los modelos de Rothman.

2.4.1. Modelos de Acción social

En este apartado se debaten algunos de los métodos en los que el organizador comunitario asume el rol de agitador de la comunidad (ver fig.2.2). En el caso del modelo radical, Alinsky plantea que para ser activista es necesario vivirlo, llegando a exponer como uno de los mayores problemas para ejercer de activista, la profesionalización de la figura del agitador.

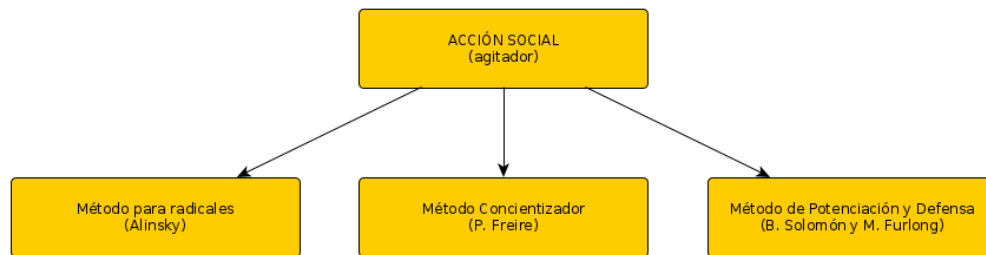
2.4.1.1. Método para radicales

Alinsky (2012) mediante su tratado para radicales persigue formar activistas (también los denomina revolucionarios u organizadores sociales) que sean capaces de organizar las masas para conquistar el poder y entregárselo al pueblo. En su libro plantea un modelo que comienza desde la base de la comunidad mediante una cascada de sucesivas revoluciones (lucha perpetua) para que la comunidad mejore de forma continua. Alinsky tiene «la creencia de que si la gente tiene el poder para actuar, a la larga logrará, en la mayoría de los casos, alcanzar las decisiones correctas» (pg.48).

Alinsky conoce bien la debilidad de las personas donde predominan los intereses por

2.4. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO COMUNITARIO

Figura 2.2:
Métodos de Acción Social.



Fuente: Elaboración propia.

encima de los principios, y trata de sacar partido de ellas. Divide a la sociedad en clases: los que tienen, los que no tienen y los que teniendo poco quieren más. Va a trabajar siempre con las clases más desfavorecidas provocando el conflicto a las más pudientes, y criticando a la clase media por su inacción tratando de conseguir su activación. Alinsky desconfía de las personas, ve la vida como un proceso corrupto. Como explica en el siguiente párrafo, piensa que las personas terminaremos aprendiendo por interés propio:

En realidad, es el interés propio y no la naturaleza intrínseca del ser humano lo que le exige ser el guardián de sus hermanos. Vivimos en un mundo en el que una persona no puede tener pan mientras su vecino carece de éste. Si no comparte su pan, no se atreve ni a dormir, ya que sus vecinos lo matarán. Para comer y dormir con seguridad, debe hacer lo correcto, y ser en la práctica el guardián de sus hermanos.

Creo que el ser humano está a punto de aprender que la vida más práctica es la vida moral, y que la vida moral es el único camino hacia la supervivencia. Está comenzando a aprender que o bien comparte algunos de sus bienes o bien lo perderá todo; que debe respetar y aprender a vivir con otras ideologías políticas si quiere que la civilización continúe. Éste es el tipo de argumento que la experiencia real del ser humano nos lleva a comprender y aceptar. Éste es el camino que conduce a la moral. No hay ningún otro. (Alinsky, 2012, pg.58-59).

Alinsky trabaja mucho desde la perspectiva de la ética y la moral, las estudia en profundidad para utilizarlas a su antojo. Llega a crear unas reglas que denomina la ética de los medios y los fines, que podemos resumir en que todo se mueve por el interés propio y después aplicar su regla número diez. Veamoslas a continuación: (Alinsky, 2012, pg.63).

1. La preocupación por la ética de los fines y los medios es inversamente proporcional a

los intereses personales que tenemos en el asunto.

2. La manera de juzgar la moralidad de los medios varía según las posiciones políticas de los juzgados.
3. En la guerra el fin justifica casi cualquier medio.
4. La ética de los fines y los medios debe juzgarse dentro del contexto donde se desarrolla la acción y no desde cualquier otro punto de vista cronológico.
5. La preocupación por la moral aumenta con el número de medios disponibles y viceversa.
6. Cuanto menos importante sea el fin deseado, más puede uno permitirse evaluar la moralidad de los medios.
7. El éxito o el fracaso son poderosos determinantes de la moral. No puede existir un traidor exitoso, ya que si uno triunfa se convierte automáticamente en un padre fundador.
8. La moralidad de los medios depende de si éstos están siendo empleados en tiempos de derrota inminente o en tiempos de victoria asegurada.
9. Cualquier medio eficaz es automáticamente juzgado como inmoral por la oposición.
10. Hay que hacer lo que puedas con lo que tengas, y cubrirlo todo de un halo de moralidad.
11. Los objetivos deben ser redactados en términos generales (ej: libertad, igualdad, fraternidad; o, por el bien común).

Su obsesión era crear una multitud de organizaciones de masas para luego unificarlas en una fuerza nacional de poder popular. Este sueño no lo podía cumplir sin un número importante de activistas. Motivo por el cual dedicó mucho tiempo a la formación de revolucionarios, aunque como él mismo reconoce con un éxito mucho más bajo de lo previsto. Para Alinsky, un organizador ideal debe poseer las siguientes cualidades:

- Curiosidad
- Irreverencia
- Imaginación
- Sentido del humor
- La visión de un mundo mejor
- Personalidad organizada

2.4. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO COMUNITARIO

- Esquizoide político bien integrado
- Ego
- Mente abierta y libre, y flexibilidad política
- Ser un comunicador eficaz.

Todo organizador debe guiarse por la dignidad del individuo y de cada comunidad concreta. “El trabajo del organizador consiste en maniobrar y provocar a los poderes establecidos para que lo ataquen públicamente como un «enemigo peligroso»” (pg.126), es acosar al oponente hasta que reaccione. El ser considerado «non grato» va a dar popularidad al organizador y va a conseguir que mucha gente se ponga de su parte. Va a permitir crear una organización, la cual en palabras de Alinsky es sinónimo de poder. Las organizaciones tienen que estar construidas sobre infinidad de problemas específicos, inmediatos y abarcables. Ésta debe mantener las acciones de forma continua, en caso contrario desaparece.

Alinsky nos deja una amplio surtido de tácticas subersivas con las que mantener las acciones de una organización. Este autor entiende por tácticas «hacer lo que se puede con lo que se tiene» (Alinsky, 2012, pg.147):

1. El Poder no es solo lo que tienes, sino lo que tus oponentes creen que tienes.
2. Nunca vayas más allá del campo de experiencia de vuestra gente. Cuando, de hecho, una acción es ajena a su experiencia, provocáis confusión, temor y repliegue.
3. En cuanto podáis, ve más allá y salid del campo de experiencia de vuestro oponente. Así le causarás confusión, miedo y abandono.
4. Haced que el enemigo respete su propio manual de reglas. Con ello lo puedes poner contra las cuerdas, ya que no podrán seguir obedeciendo sus propias reglas, así como la iglesia cristiana no vive a la altura del cristianismo.
5. El ridículo es la más potente arma del hombre. Es difícil contraatacar el ridículo.
6. Una buena táctica es aquella con la que tu gente disfruta. «Si tu gente no se lo está pasando muy bien, hay algo que falla».
7. Una táctica que se alarga demasiado, se convierte en algo aburrido. Las personas pueden conservar su interés por un asunto solamente durante un tiempo limitado.
8. Mantén la presión con diferentes tácticas y acciones. Utiliza los acontecimientos en tu provecho.

9. La amenaza, por lo general, asusta más que la propia acción.
10. La premisa mayor del uso de tácticas es que deben desarrollarse en operaciones que mantengan una presión constante sobre la oposición.
11. Si utilizas una desventaja llevándola a su máxima expresión, obtendrás una ventaja.
12. El precio de un ataque exitoso es una alternativa constructiva.
13. Escoge el objetivo, congélalo, personalízalo, polarízalo y concéntrate al máximo. No intentes atacar empresas o administraciones abstractas. Identifica a un responsable individual. Ignora los intentos de desplazar o dispersar la responsabilidad.

El método planteado por Alinsky, aunque se puede aplicar en otras situaciones, está pensado para ser utilizado con población de bajo nivel cultural en momentos históricos muy convulsos, en sociedades fraccionadas o regímenes con mucha inestabilidad política. Para un buen comunicador no es difícil el trabajo con los grupos más desfavorecidos y marginales porque tienen infinidad de necesidades por satisfacer y cuentan con un bajo nivel cultural. Esta situación los hace especialmente vulnerables e influenciados. Alinsky habla de trabajar por los intereses de la comunidad pero viendo que no se fía de las personas, utiliza el interés propio disfrazado y una moral relativista, debemos preguntarnos que otros intereses pueden existir detrás de su organización. Otra de las dificultades del método es la inestabilidad permanente que provoca en la población un sistema basado en continuos movimientos de tácticas de guerrillas. Y la duda más grande que surge es ¿de que forma canalizaría las necesidades de la sociedad una vez que ha adquirido el poder?

2.4.1.2. Método concientizador

Paulo Freire (1921-1997), pedagogo y filósofo de origen brasileño, padre de lo que se ha dado a conocer como la pedagogía crítica, la cual reconoce la enseñanza como un acto político, orientada al despertar de la conciencia crítica.

Freire elabora una concepción pedagógica liberadora que busca el aprendizaje y la transformación de la realidad desde un proceso continuo y consciente de cuestionamiento y crítica del vínculo sujeto-mundo [problematizador]. (Viscarret, 2014, pg.219)

Freire, con muy buen criterio, no está de acuerdo con el tipo de enseñanza tradicional por considerar que es domesticadora de personas. Se refiere a ella como modelo bancario. Para él son fundamentales las personas excluidas y se va a interesar por conocer sus necesidades

2.4. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO COMUNITARIO

e intereses. Elabora un método de enseñanza basado en el diálogo entendido como enfrentamiento permanente de contradicciones, y utiliza este método como forma de aprendizaje para conseguir que las personas tomen conciencia de sí mismos como individuos. Plantea un proceso de liberación, entendiendo la libertad como fruto del acto creador. Es necesario contextualizar el concepto de libertad planteado por Freire en el momento histórico que escribe, caracterizado por un Brasil muy convulso donde no existe libertad y se daba un importante grado de opresión en la mayoría de la población. En ese contexto, Freire, pone en marcha su método de problematización de la realidad social (de toma de conciencia) buscado estimular prácticas de compromiso social en los individuos a través del fomento de la acción asociativa.

Freire busca transformar la sociedad existente mediante el cambio de las estructuras que la integran, de forma que se permita la construcción de una sociedad que sea más igualitaria y humana. (Viscarret, 2014, pg.222)

Plantea que cada persona tiene que descubrir la realidad por sí mismo, postulando que nadie educa a nadie, que nadie se educa solo, que los hombres se educan entre sí mediatizados por el mundo, y que únicamente se aprende lo que es significativo para cada persona. Para Freire el hombre es un ser imperfecto que está en el camino de la perfección. Para él es esencial la reflexión y una vez realizada la acción.

La propuesta de Freire va dirigida a poner en funcionamiento una educación crítica, basada en el diálogo, reflexiva, y con capacidad de acción (liberadora). Utiliza para conseguirlo el método de la problematización de la realidad social (tomar conciencia y superar la dificultad), fomentando la crítica social, el análisis y la reflexión crítica.

La originalidad del método freireano se asienta en su fuerza para sostener que es posible cambiar el mundo a través de la educación... La originalidad de Freire consiste en que no tiene originalidad, en el sentido de proponer que todos sabemos algo, y que la única «originalidad» es social, y por lo tanto provisoria. La falta de originalidad del método de Freire es su fuerza, logró cambios que muchas propuestas que se presentan como «originales» no logran... No pretendernos originales es la mayor y más auténtica herencia que nos ha dejado Freire. (Accorinti, 2002, pg.40)

De acuerdo con el planteamiento de Accorinti, Freire nos ha dejado aspectos muy positivos en su enfoque concientizador como fijarse en la educación de la población como herramienta de mejora progresiva de la persona y por tanto de las sociedades. El no creerse original y partir de la perspectiva que el otro siempre va a poder enseñarnos algo. La utilización de la mayeutica a través de la pedagogía de la pregunta como sistema esencial de aprendizaje, despertando en el educando interés y reflexión.

En cambio existe una cuestión que se considera necesario superar. Es el aspecto de confrontar a las distintas partes de una sociedad. Es necesario perseguir una óptica que genere lazos buscando puntos de encuentro desde lo que nos une y cambiando lo que no sirve. Es necesario que la población aprenda a pensar con una mentalidad crítica y que exista una libertad de actuación. La sociedad avanzará cuando exista un cambio en el interior de cada persona y esta libremente decida comprometerse desviviéndose por lo demás y por la mejora de la comunidad.

2.4.1.3. Método de Potenciación y Defensa

Este método, al igual que los dos anteriores, se inicia desde una perspectiva conflictivista, parte de un enfoque materialista basado en el marxismo.

Surge desde la tesis que las personas que nunca han tenido poder tienen una considerable carga de impotencia adquirida. Según Solomon (Payne, 2002, pg.284), «la potenciación tiene por finalidad utilizar estrategias específicas para reducir, eliminar, combatir o invertir las valoraciones negativas que los grupos poderosos de la sociedad hacen de ciertos individuos y grupos sociales». Furlong (Payne, 2002, pg.284) ve la potenciación «como una meta importante del trabajo casuista porque evita la polarización de la acción social y de las perspectivas individualizadas, colocando el trabajo con individuos y familias en un contexto de inquietud en lo relativo a objetivos sociales». La potenciación tiene que terminar siendo una fuerza transformadora que ayude a cambiar la situación de impotencia en que se encuentran las personas.

A su vez, la defensa tiene por objeto «promover el control y la participación de los clientes en sus respectivas vidas, en su comunidad y en los servicios que reciben» (Payne, 2002, pg.284). Persigue aumentar la calidad de vida de la población fomentando su independencia y autonomía.

Solomon distingue tres estadios de desarrollo a través de los que la mayoría de las personas aprendemos los valores imperantes en el sistema:

1. Experiencias positivas en la primera infancia.
2. Competencia social en la interacción con instituciones sociales.
3. Aceptación y desempeño del sistema de valores de prestigio.

La autora comenta que durante estas tres etapas pueden aparecer en cualquier momento bloqueos directos o indirectos de poder que pueden provocar que la persona termine asumiendo un rol de menor valía.

El modelo persigue cambiar el individuo creando ambientes educativos apropiados, mas que modificar la estructura social, para lo que plantea la siguiente metodología de trabajo:

2.4. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO COMUNITARIO

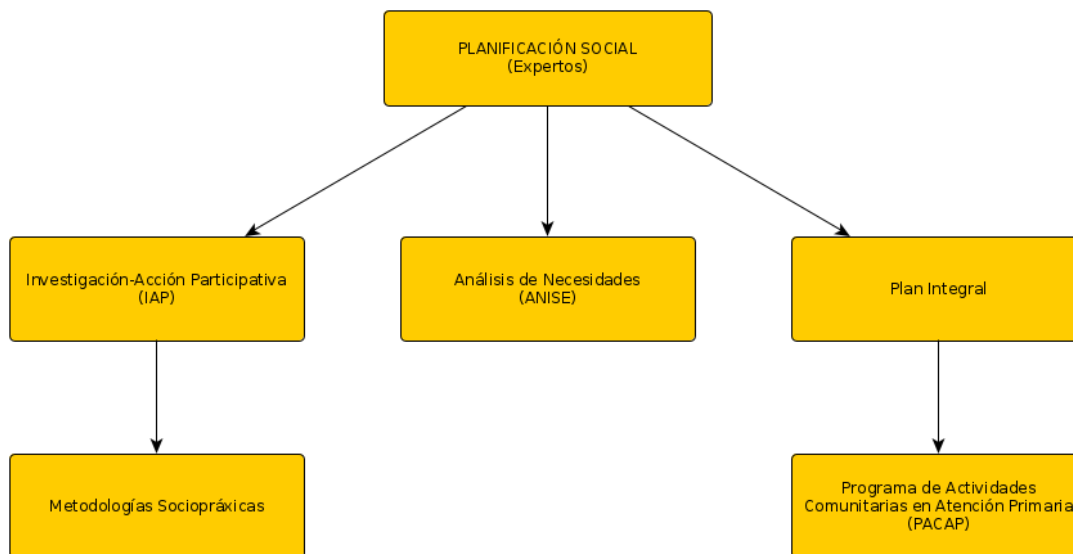
1. *Planteamiento del problema:* Identificar áreas donde se este produciendo una problemática generada por la sociedad.
2. *Identificar las opciones de acción:* Identificar en que cuestiones el usuario puede influir en el mundo que le rodea (ser actor).
3. *Verstehen:* Comprender el significado de la acción desde el punto de vista del actor, ofreciendo oportunidades para un nuevo lenguaje, comprensión y puntos de referencia.
4. *Tematización:* Establecer temas generativos en la vida de los clientes (aspectos que opriman y alienen sus vidas).
5. *Problematización:* Evaluar de forma crítica las cosas que pueden cambiar en vez de verlas inmodificables.
6. *Anomía:* Es comprensible que sientan miedo, planificar de forma racional el futuro.
7. *Análisis de las consecuencias de la acción:* Realizar una planificación estratégica.
8. *Seleccionar los objetos de la acción.*
9. *Realizar la acciones de forma ordenada.*
10. *Evaluación:* Evaluar el proceso y lo que se ha conseguido.
11. *Verstehen:* Analizar en que han cambiado los participantes. Volver a comenzar.

El modelo de Potenciación y Defensa persigue cambiar la sociedad a través del cambio de cada persona. Es un cambio muy lento y algunos autores piensan que este tipo de cambios nunca llegaran a tener resonancia a nivel comunitario, para mi son los cambios que mas perduran. La principal crítica que podemos hacerle a este modelo, es que termina enfrentando a diferentes partes de la sociedad. Es necesario superar la idea de la lucha entre clases, la cual nos llevará siempre a que exista temor, resentimiento, deseo de venganza, envidias, etc, entre las dos partes enfrentadas.

2.4.2. Modelos de Planificación Social

En este apartado se presentan los principales métodos y metodologías desarrollados en los que el profesional adquiere el papel de experto en la gestión del proceso. Todos ellos tienen en común que normalmente son gestionados desde las instituciones públicas, aunque en sus orígenes no fue siempre así, en estos momentos es un rol asumido por la administración. En la figura 2.3 se presentan de forma esquemática.

Figura 2.3:
Métodos y metodologías de Planificación Social.



Fuente: Elaboración propia.

2.4.2.1. Investigación-Acción Participativa (IAP)

El paradigma dialéctico tiene sus raíces en la filosofía marxista. La Investigación Acción Participativa surge en Hispanoamérica y proviene de dicho paradigma. Según Pérez Serrano (1990:58) consultado en Lillo (2004), la IAP:

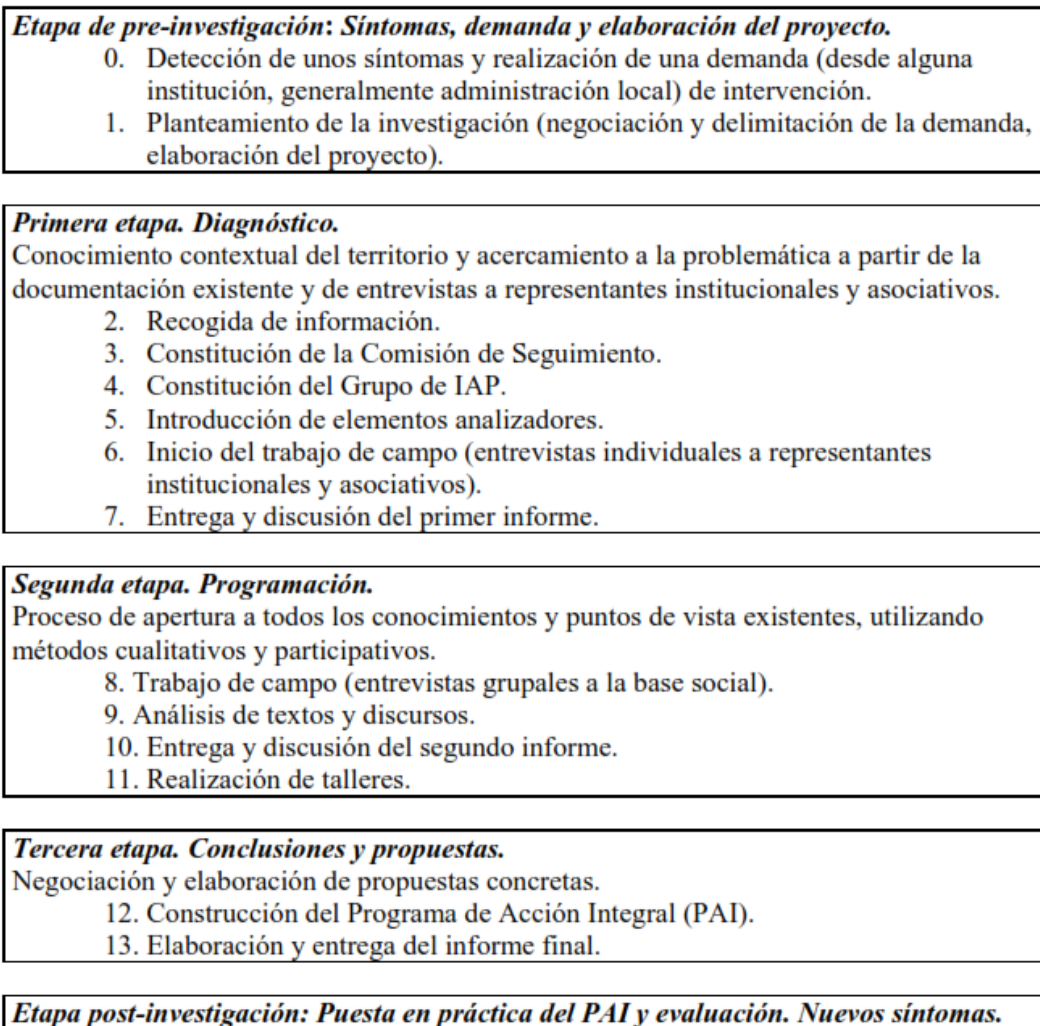
Es un proceso circular de indagación y análisis de la realidad, en el que partiendo de los problemas prácticos y desde la perspectiva de quién los vive, procedemos a una reflexión y actuación sobre la situación problemática con objeto de mejorarla, implicando en el proceso a los que viven el problema, quienes se convierten en autores de la investigación. (pg.121)

La misión principal de la intervención es hacer que la comunidad tome conciencia de la situación que vive y busque estrategias de cambio. La IAP consta de cuatro fases claramente diferenciadas, veamos en que consisten: (Ver fig.2.4).

- **Síntomas, demanda y elaboración del proyecto:** Partiendo de una serie de síntomas (problemas) existentes en la comunidad, y de la institución demandante del estudio, es necesario delimitar los objetivos de la investigación. Para poder realizarlo correctamente, es importante llegar a determinar cuáles son los fines político-ideológicos que se persiguen con su realización.

2.4. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO COMUNITARIO

Figura 2.4:
Etapas y fases de una Investigación Acción Participativa



Fuente: Basado en el cuadro elaborado por T. Alberich "Ejemplos de fases y técnicas en la IAP" (no publicado).

Fuente: Marti, 2017, pg.2.

- **Diagnóstico:** Es la fase de apertura, se trata de recoger todos los puntos de vista existentes, tanto del problema como de las posibles soluciones, referentes a la problemática analizada. Nos podemos encontrar con que la comunidad no exista cultura participativa y entonces nos veremos obligados a realizar un proceso previo de dinamización social. En esta fase se crean los siguientes grupos de trabajo comunitario:

Comisión de Seguimiento. Compuesto por el equipo investigador más las entidades sociales del territorio interesadas en participar en el proyecto.

Grupo de IAP. Formado por el equipo investigador y vecinos del territorio: gente de la base asociativa y no asociados.

Se inicia todo el trabajo de campo tratando de llegar a detectar las posturas encontradas que puedan existir. Puede ser bueno aumentar la presencia en la comunidad mediante la utilización de analizadores, tal que, una rueda de prensa, unos talleres de expertos, unas actividades culturales, etc. Esta fase finaliza con la presentación y discusión en la Comisión de Seguimiento de un informe de autodiagnóstico que lleva incluida una propuesta de métodos de investigación a realizar y un cronograma temporal.

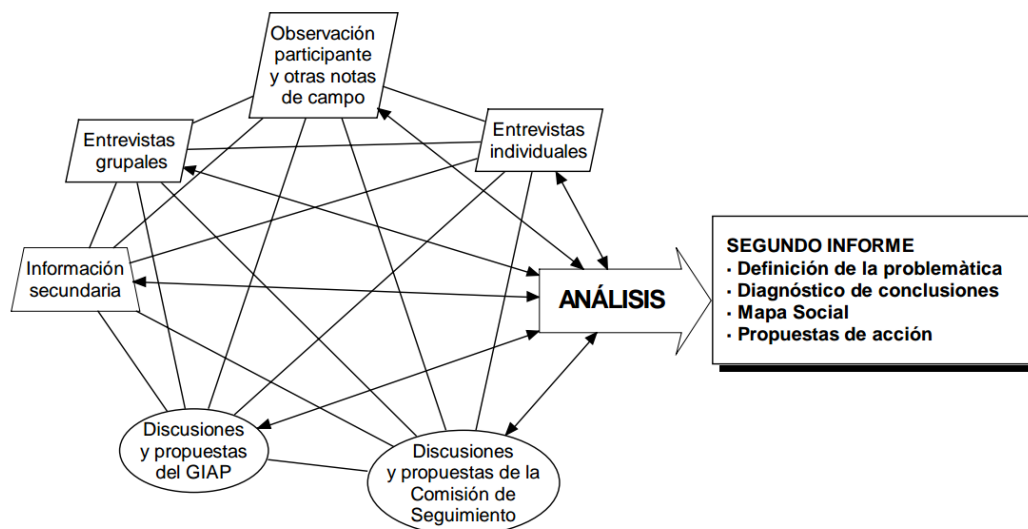
- **Negociación:** En este momento se continua con el trabajo de campo, y a través de grupos de discusión los sectores implicados asumen un papel protagonista. El objetivo que se persigue es concretar propuestas y establecer líneas de actuación. Para conseguirlo se realiza un análisis de textos y discursos, y se finaliza con un segundo informe que es discutido en la Comisión de Seguimiento, en Grupo de IAP y en los talleres participativos. El material utilizado para la elaboración del informe queda reflejado en la figura 2.5.
- **Conclusiones y propuestas:** Todo el trabajo realizado se plasma en un Programa de Acción Integral (PAI). El PAI debe incluir las actividades a realizar, cronograma, presupuestos y los dinamizadores de las actividades. También se debe realizar un informe final que tiene que ser difundido entre todos los participantes.

La IAP tiene un alto rigor metodológico por lo que necesita de un grupo de investigadores que se encarguen de llevar a término un proceso de autoreflexión de la comunidad. En los inicios del proceso es fundamental determinar muy bien la problemática a trabajar y los fines que se persiguen. Una IAP bien aplicada es una herramienta muy potente que puede aportar mucha información. Su efectividad va a depender mucho de ideología subyacente de la institución que la pone en funcionamiento, de los presupuestos existentes y de hasta donde se esta dispuesto a llegar (cambios a realizar) una vez se obtenga el informe definitivo. Algunos de sus inconvenientes tienen que ver con el tiempo que lleva realizarla, y con el alto

2.4. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO COMUNITARIO

Figura 2.5:

Materiales de campo para la elaboración segundo informe IAP.



Fuente: Marti, 2017, pg.19.

nivel de compromiso que exige, siendo un aspecto de difícil valoración en sus inicios. Otro inconveniente es la forma de determinar las personas más idóneas de una comunidad para que participen en la Comisión de seguimiento.

2.4.2.2. Análisis de necesidades de intervención social (A.N.I.S.E.)

Es un estudio sistemático de una situación a mejorar en una comunidad. Para ello se utilizan opiniones y fuentes muy diversas. El modelo consta de las siguientes fases: (Pérez Campanero, 2000).

1. **Fase de Reconocimiento:** En esta primera fase es importante determinar como ha surgido la necesidad de realizar el análisis: por demanda de una instancia superior, por detectar necesidades importantes en competencias propias, por solicitud de colaboración de otra institución, etc.

También hay que determinar quienes son las personas que participan en el análisis y de que instituciones proceden. Y cuales son las personas (población de estudio) a las que se dirige el análisis. Donde se ubican, que perfil de población es, que necesidades tienen, etc.

Es necesario también conocer y delimitar el entorno de estudio. Características del entorno, datos poblacionales, recursos económicos, educativos y de salud, demandas de

la población, seguridad pública, etc. Todo ello con la finalidad de poder:

- a) Identificar los posibles problemas (síntomas) de la población.
- b) Seleccionar herramientas o instrumentos para la obtención de datos.
- c) Buscar fuentes de información: análisis de la comunidad, personas implicadas y otras fuentes necesarias.

2. **Fase de Diagnóstico:** El desarrollo de esta fase conlleva poner en marcha las siguientes acciones:

- a) Identificar la situación actual, es decir, los problemas a los que nos enfrentamos. Es necesario definir los problemas con la mayor precisión posible evitando dar soluciones en este momento.
- b) Identificar la situación deseable, el como nos gustaría que fuese (en término de resultados a conseguir).
- c) Analizar el potencial de éxito, contando tanto con los recursos disponibles, y con el tiempo que sería necesario para conseguir nuestra situación deseable.
- d) Identificar los factores o causas que están provocando el problema. Pueden ser debidos a problemas del entorno, a falta de conocimientos, a falta de motivación o de formación,...).
- e) Identificar los sentimientos (emociones) que están produciendo en la población afectada los problemas detectados.
- f) Llegar a definir el problema de forma clara y precisa. Para identificarlo correctamente podemos dividir el problema según sus características: identidad, magnitud, localización, perspectiva temporal y propietario del problema.

3. **Fase de Toma de Decisiones:** En esta fase se deben priorizar los problemas identificados en función de su magnitud y de sus posibilidades reales de resolución, teniendo en cuenta los recursos disponibles y las consecuencias de no intervenir. Todo esto nos tiene que llevar a realizar una propuesta de trabajo que aporte las soluciones buscadas, evaluando su coste, el impacto que se espera con nuestra intervención y las posibilidades de conseguir los objetivos propuestos en el tiempo marcado.

El método ANISE se utiliza de forma habitual en muchos equipos de trabajo, tiene la ventaja de detectar y resolver problemas siempre desde una visión del profesional como experto. Es un método útil para realizar pequeños cambios pero cuenta con el inconveniente de la falta de participación de la población en toda la parte de elaboración (en el proceso

2.4. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO COMUNITARIO

de diagnóstico). La puesta en marcha del proyecto diseñado va a depender del presupuesto existente, de la ideología imperante en el órgano encargado de tomar la decisión, y de la presión social que exista por llevarlo a cabo.

2.4.2.3. Planificación Integral

Este método persigue realizar una planificación conjunta de las acciones de política social sobre un territorio determinado, teniendo en cuenta tanto la iniciativa pública como la privada. Para desarrollarlo López-Cabanas y Gallego (1989) consultado en Lillo [pg.125-131](2004) proponen considerar de forma conjunta la planificación de tres ejes de trabajo, persiguiendo trabajar de forma cooperativa. Los tres ejes de trabajo propuestos son:

- Situaciones de necesidad.
- Colectivo/sectores de población.
- Sistemas de Protección Social.

Para estos autores es fundamental la necesidad de coordinar los diferentes niveles primarios que están presentes en una comunidad, llegando a considerar que la coordinación entre instituciones (públicas y privadas) es la propia gestión en sí. El Plan se fundamenta en un análisis DAFO y debe perseguir la creación de una cultura estratégica común que promueva la participación ciudadana.

Los autores plantean como punto de partida, estudiar los puntos fuertes y débiles de los siguientes aspectos:

- Aspecto demográfico.
- Economía de la zona y posibilidades futuras teniendo en cuenta los recursos propios.
- Conocer a fondo la Protección social existente en la zona.
- Infraestructuras públicas y privadas, con que cuenta el territorio y cuales son las principales necesidades.
- Conocer los mecanismos de participación social y su grado de eficacia.
- Convivencia: Nivel de integración y problemas de convivencia existentes.

Un Plan integral se compone de cuatro fases principales, veamoslas a continuación:

1. Organización: Definir los órganos de dirección y coordinación del Plan y los órganos de participación ciudadana.

2. Diagnóstico: Realizar análisis cuantitativo y cualitativo, tanto interno como externo del sistema de bienestar social (DAFO).
3. Definición del objetivo central y de las líneas estratégicas mediante un proceso de reflexión.
4. Elaborar objetivos y medidas más importantes en cada línea estratégica que deberán contemplar al menos las siguientes áreas:
 - a) Intervenciones con relación a las estructuras sociales y económicas, y los diferentes sectores de actuación.
 - b) Organización de la cooperación pública y privada.
 - c) Dotación y gestión de los recursos humanos y materiales.
 - d) Interrelación de los servicios sociales con el conjunto de sistemas de bienestar social, desarrollo económico y ocupación.

Los planes integrales son una herramienta de planificación muy utilizada que se realiza con muy diferentes niveles de concreción. Algunas de las limitaciones que se han detectado tienen que ver con que están sujetos a muchas decisiones de tipo político, dificultando la realización de la coordinación del Plan a lo largo del tiempo. Unido al anterior, es difícil la coordinación entre distintos departamentos para que las acciones necesarias se realicen de forma paralela en el tiempo. La falta de presupuesto para realizar el plan en todas sus dimensiones suele ser otro de los inconvenientes, por no disponer todas las acciones de un presupuesto aprobado. En el plan está previsto que participen entidades sociales con muy diversos intereses, pero no siempre se cuenta con la posibilidad de llegar al ciudadano de base, él cual lo desconoce. Cuanto más cercano sea el Plan al ciudadano suele ser más sectorial y contar con menos poder de influencia pero suele ganar en concreción. Podemos considerar uno de estos casos al Programa de Actividades Comunitarias en Atención primaria, que pasaremos a conocer más adelante.

2.4.2.4. Metodologías Sociopráxicas

Según Montañes y Martín (2017), estas metodologías utilizan el concepto de estrategia, de forma contrapuesta al de programas, por considerar que se debe estar siempre vigilante y la investigación debe encontrarse en permanente estado de reelaboración. Según los autores este tipo de investigación carece de bordes que la limiten. Lo que se busca es crear un proceso de dialogo donde surjan todas las relaciones ideológicas, «todos suministren materia objeto de interpretación y toda interpretación sea materia prima objeto de interpretación».

Veamos sus fases principales (ver fig.2.6):

2.4. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO COMUNITARIO

Figura 2.6:
Método de trabajo Metodologías Sociopráxicas.

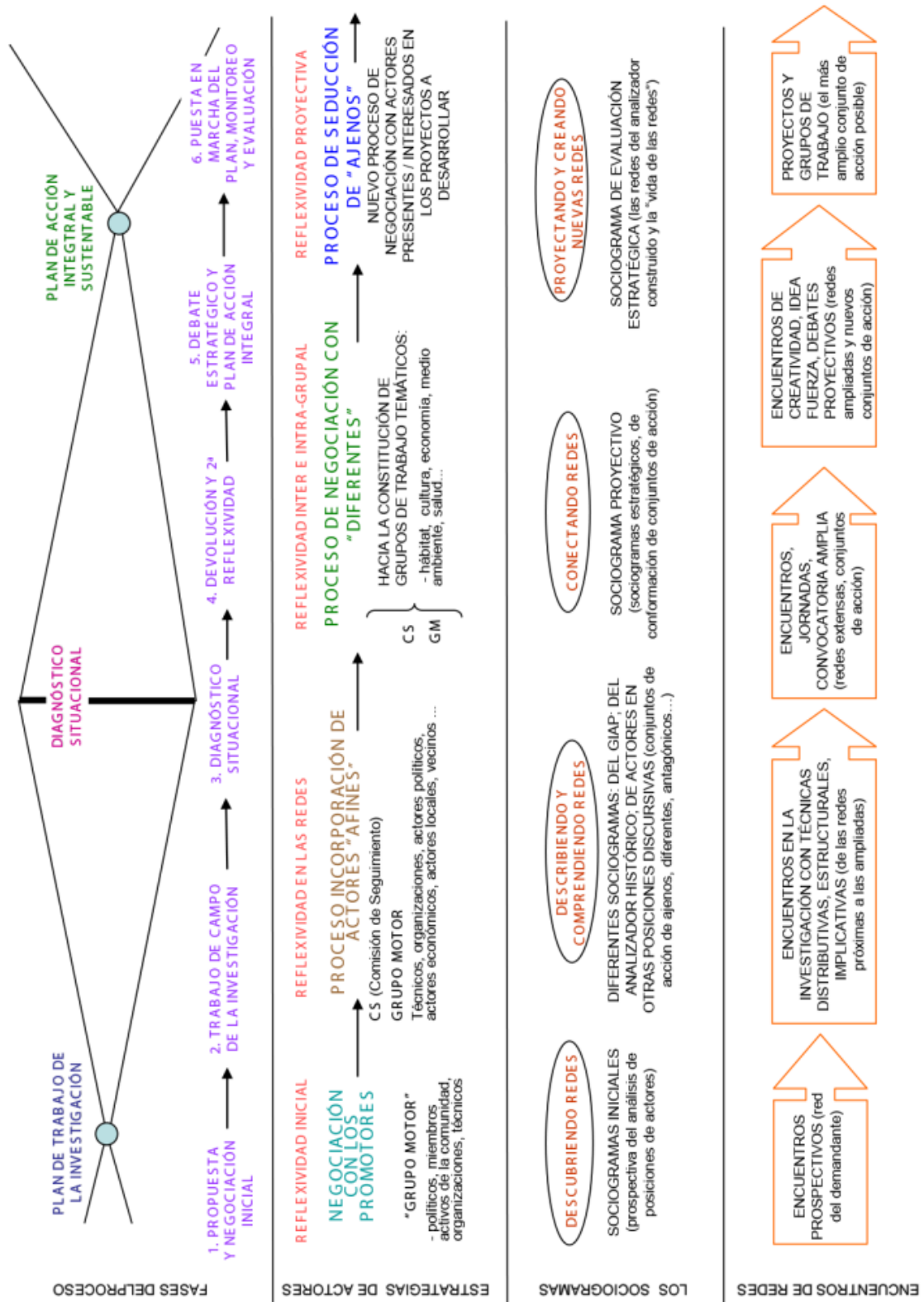
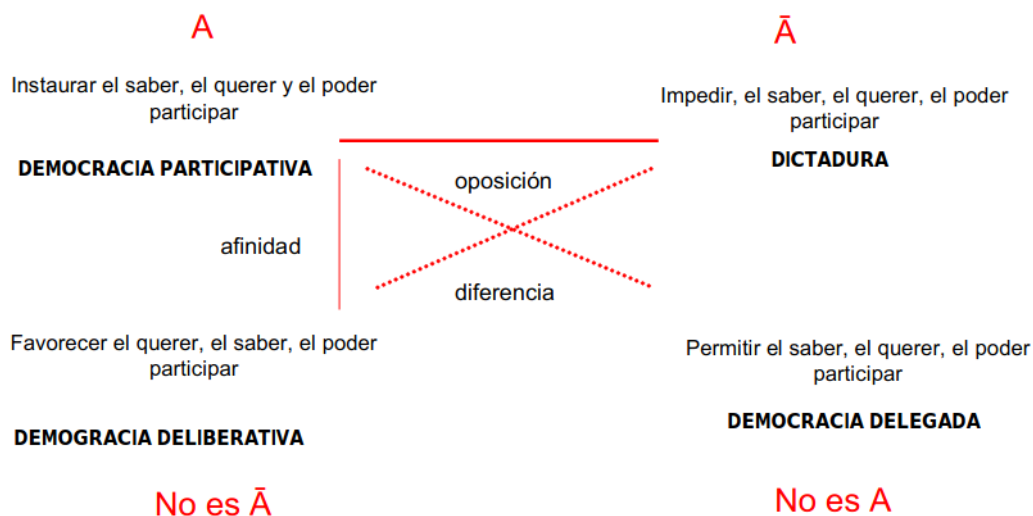


Figura 2.7:
Ejemplo de cuadro sémico.



Fuente: Montañes, 2008, pg.3

1. Negociación de la propuesta: «Debe quedar claro que el informe de la investigación es un producto para el demandante, pero es preciso que toda la información circule, se comparta y socialice». Para la construcción del proyecto se genera un primer Grupo Motor con la participación más amplia posible, y se crea una Comisión de Seguimiento cuya misión será supervisar y orientar el proceso.
2. Trabajo en las redes: Basándose en la estructura de redes detectadas en los sociogramas se trata de obtener una muestra que sea fiel a esta, creando un dispositivo que pueda generar su propia información.
3. Diagnóstico (apreciación) situacional: La realidad en un principio puede aparecer como contradictoria e incoherente. Esto requiere trabajarlo desde la reflexividad de los diferentes actores participantes.
4. Dialógica informativa y segunda reflexividad: Se trata de devolver a los participantes el diagnóstico para que sirva como herramienta de reflexión y educación. Los dilemas encontrados se suelen presentar mediante cuadros sémicos (ver fig.2.7).
5. Debate estratégico y articulación de propuestas: Los participantes deben hacer suyos los resultados obtenidos elaborando entre todos un Plan de Acción. Para ello se debe realizar en debate estratégico de como se quiere construir el futuro.

2.4. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO COMUNITARIO

Se ha de plantear un debate estratégico sobre la toma de decisiones en torno a qué idea fuerza es la que daría sentido al proceso, con las acciones que aborden el problema de manera integral (desde los distintos temas que lo compongan, en la realidad indivisible de la comunidad) y con la formación del más amplio conjunto de acción entre los actores participantes y que están dispuestos a apoyar las ideas-fuerza; a esto lo llamamos Plan de Acción Integral y Sostenible - PAIS -. (pg.48)

6. Realización del plan, monitoreo y evaluación: En esta fase es fundamental que los participantes aprendan.

Una de las grandes limitaciones de este método, es la dificultad de que exista una amplia base de participación, y que se mantenga constante durante todo el proceso.

2.4.2.5. Programa de Actividades en Atención Primaria (PACAP)

Es este método queremos centrarnos de forma más detenida por ser el aplicado para poner en funcionamiento el programa Vallecás Activa. Astray (2013) lo explica de forma detallada en el libro «¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?». Expone un método sencillo y lo presenta de forma clara, dirigido a cualquier persona que no conozca absolutamente nada del trabajo comunitario. El método presenta características de lo que es un plan integral pero adaptado a una realidad mucho más cercana, la del ciudadano.

En la figura 2.8 presenta el cambio de enfoque para pasar de las funciones habituales de un Centro de salud a poner en funcionamiento una estrategia definida de promoción de la salud. Astray basa la estrategia en el conocimiento de los recursos del territorio, pensar bien lo que se quiere hacer antes de actuar, centra el protagonismo en la comunidad y persigue poner en funcionamiento un proceso continuo de carácter permanente dirigido y soportado por la propia comunidad. Para ello divide el proceso en cuatro fases:

1. Trabajo en grupo interno.
2. Salida a la comunidad.
3. Primeras intervenciones.
4. Desaparecer.

Trabajo en grupo interno: Antes de salir a la comunidad es necesario realizar un trabajo previo, de reflexión y consenso interno, dentro del Centro de salud. En esta fase se tiene que establecer la construcción de un grupo de trabajo que inicie todo el proceso,

Figura 2.8:

Estrategia médica versus estrategia de promoción de la salud.

	Médica	De promoción de salud
Población diana	Los pacientes	Toda la población
Método utilizado	El caso	La epidemiología
Objetivo estratégico	La prestación de un servicio	Elevar el nivel de salud
Orientación	A la demanda, al enfermo	A las necesidades de salud
Cronograma	La atención puntual	El proceso continuo de promoción de salud
Diagnóstico utilizado	Sanitario	Comunitario
Tipo de abordaje	Médico, individual	Intersectorial
Herramientas	El acto médico	La educación para la salud, la intervención sobre los determinantes
Educación para la salud	Individual	Con la participación de la comunidad
Protagonismo	De los sanitarios	De la comunidad
Perspectiva	Sanitaria	Global, comunitaria
Soporte científico	La medicina	Todas las ciencias sociales

Fuente: Astray, 2013, pg.10

2.4. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO COMUNITARIO

Figura 2.9:

Requerimientos para intervenir desde atención primaria.

Requerimientos externos	Requerimientos internos
Existencia de un territorio y población definidos (zona de salud).	Acuerdo consensuado de los profesionales del equipo de salud.
Existencia de un equipo de atención primaria.	Constitución de un pequeño grupo de trabajo.
Conocimiento y convivencia, no es necesario entusiasmo, de la administración sanitaria de la que dependa el centro de salud.	Implicación formal (no voluntarista) como parte del trabajo profesional.
Coordinación con los servicios sociales y educativos presentes en la zona de salud.	Información normalizada y sostenida de las actividades a todos los miembros del equipo de salud.
Conocimiento y convivencia (mejor colaboración franca) con el ayuntamiento al que pertenezca la zona de salud.	Incorporación de esta área de trabajo a la formación, docencia e investigación del centro de salud.

Fuente: Astray, 2013, pg.28

pero que trabaje con la idea de conseguir que sea la comunidad la que termine cogiendo las riendas del proyecto. Hay que buscar aliados en otras instituciones (servicios sociales, ayuntamiento, colegio,...). En esta fase es necesario elaborar un documento sencillo con la información más importante de la comunidad, y plantearse unos objetivos modestos que sean fáciles de conseguir. Para ponerlo en funcionamiento se deben contar al menos con unos requisitos básicos explicitados en la figura 2.9.

Salida a la comunidad: Es fundamental convocar a toda la población, sin exclusiones y compartir el documento realizado en la fase anterior pidiendo la opinión de los participantes. A continuación se explica que se quiere poner en marcha un proceso de participación comunitaria para abordar alguno de los problemas que tiene la comunidad, que se va a contar con el apoyo de las instituciones presentes y con los recursos con los que cuente el barrio. Se explica que el protagonismo debe ejercerlo la comunidad y que los distintos servicios (salud,...) estarán presentes con un papel técnico. En esta fase se persigue crear una Comisión promotora

formada por las entidades y personas más dinámicas del barrio, y por profesionales de los servicios. Será la nueva comisión creada la que se encargue de profundizar en el estudio de la comunidad, establecer prioridades y elaborar programas.

Primeras intervenciones:

Las primeras intervenciones en la comunidad deben asegurar su éxito, siendo de fácil realización, respondiendo a los intereses sentidos por la población y asegurando la máxima participación. (Astray, 2013, pg.39)

Se deben cuidar muy bien las primeras intervenciones, presentándose a la comunidad y explicando la iniciativa. Poco a poco se deben ir realizando actividades más complejas cuidando siempre el máximo de participación posible. A la medida que la comunidad va asumiendo su papel debemos ir perdiendo protagonismo. En las figuras 2.10 y 2.11 se presentan los principales obstáculos que podemos encontrarnos, y en la figura 2.12 algunos elementos que pueden potenciar el proceso.

Desaparecer: Última fase del procedimiento explicado.

En la medida en que se va traspasando el protagonismo a la comunidad, nosotros volveremos a jugar el papel que nos corresponde, como profesionales al servicio de la comunidad, con una relación de colaboración y coordinación con el resto de los elementos de la comunidad. Nuestro papel de dinamizadores iniciales ha terminado. (pg.41)

Este sencillo manual de trabajo comunitario tiene algunas claves que queremos destacar. Tiene la habilidad de estar escrito para todos los públicos en un lenguaje muy sencillo, desmenuzando los problemas que se pueden encontrar y las tareas que son importante realizar. Es un libro técnico, que persigue otorgar el poder a la comunidad donde los técnicos tras una fase transitoria tienden a desaparecer. Esta parte puede parecer utópica, pero es importante que al menos se plantee. El manual es claro y define las etapas por las que pasa la puesta en funcionamiento de un proceso comunitario sin decantarse por ningún tipo de ideología de intervención.

2.4.3. Modelos de Desarrollo de la Comunidad

De los tres modelos de intervención planteados por Rothman, éste es con diferencia el mayormente ninguneado. Quizás se tiene menos fé en él por ser el de lo cotidiano, el más silencioso, el que persigue la mejora continua y pone su confianza en la capacidad de cada ciudadano, el del progreso gradual de la comunidad. En síntesis el que va calando en la sociedad sin apenas darnos cuenta, sin buscar la confrontación ciudadana. Llegados a este

2.4. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO COMUNITARIO

Figura 2.10:

Elementos que dificultan un proceso de participación comunitaria.

Obstáculos del medio externo

- Intereses contrapuestos o falta de interés de la institución sanitaria responsable.
- Competencia entre distintas instituciones que puede llevar a una duplicidad de recursos o servicios, a la dificultad para consensuar una oferta única y a una falta de coordinación.
- Ausencia del modelo de atención primaria de salud.
- Ausencia de una zona básica de salud bien delimitada, es decir, de un territorio definido.

Obstáculos del medio interno (equipo de salud)

- Grandes diferencias entre los profesionales del equipo en cuanto a formación, ideología, intereses y motivaciones.
- Competencia entre los diferentes profesionales, entre estamentos y dentro de los mismos.

- El hecho de que los profesionales menos motivados del equipo constituyan un freno.
- Miedos y resistencias significativas relacionadas con los siguientes aspectos:
 - Revisión del rol profesional.
 - Pérdida de poder y protagonismo.
 - Cuestionamiento de la capacidad profesional, en relación con el abordaje de un campo nuevo de trabajo, que suele generar cierto grado de inseguridad.
 - Falta de recursos metodológicos para abordar el trabajo con la comunidad.
 - La posible invasión por parte de la comunidad con multitud de demandas.
- Los modelos de organización de los centros de salud y la "gestión de los tiempos".
- Desconocimiento de la comunidad y sus recursos.
- Desconocimiento de las necesidades de la comunidad (escasas vías de

Figura 2.11:

Elementos que dificultan un proceso de participación comunitaria. Continuación

- contacto) y no articulación de mecanismos de escucha de las mismas.
- Excesivo protagonismo de los profesionales en los encuentros y actividades desarrolladas con la comunidad, dejando a la misma en un lugar pasivo.
- Desconocimiento de otras experiencias de participación comunitaria (partir de cero).
- Falta de espacios de encuentro y vías de coordinación que favorez-

- can la puesta en común de dichas experiencias y el contacto entre los profesionales que las llevan a cabo.
- Escasa difusión dentro del equipo de experiencias de trabajo con la comunidad.
- Disposición escasa y a veces no conocida de materiales didácticos de apoyo, así como el acceso a dichos materiales.
- Escasez de experiencias de investigación.

Figura 2.12:

Elementos favorecen un proceso participación comunitaria.

- Mantener al equipo de salud informado a lo largo de todo el proceso, tratando de buscar su implicación y compromiso, es clave para disminuir resistencias.
- Tener la mayor información posible sobre la institución sanitaria de la que depende el centro de salud (área, gerencia, distrito...) en lo que se refiere a recursos, líneas prioritarias, puntos sensibles de la misma...
- Crear espacios para mantener informada a la administración sanitaria a largo de todo el proceso de participación e implicarla en el mismo.
- Elaborar un fichero de recursos y líderes formales e informales de la comunidad.
- Conocer los servicios y profesionales de las distintas instituciones presentes en la zona básica de salud.
- Iniciar contactos con profesionales identificados como "claves" o "afines" y plantear vías de colaboración tales como: espacios de reflexión conjuntos, participación en programas, supervisiones, observaciones...
- Plantear programas de intervención conjuntos (intersectoriales) aprovechando los diferentes recursos.
- Crear espacios de reflexión sobre el trabajo con la comunidad que permitan el acercamiento de los profesionales con inquietudes y motivación en este campo y eviten la dispersión de profesionales y experiencias.
- Formación y/o asesoramiento en los enfoques y planteamientos metodológicos más adecuados para favorecer procesos de participación comunitaria.
- Considerar que somos un recurso más de la comunidad y favorecer su implicación real evitando posiciones de protagonismo en nuestro acercamiento a la misma.

Fuente: Astray, 2013, pg.44

2.4. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO COMUNITARIO

punto, es necesario que nos preguntemos ¿cuál de los modelos anteriormente enunciados se fía de la población? y ¿qué modelo la ayuda a crecer?. En las conclusiones de la tesis se tratarán de avanzar algunas ideas que persiguen mejorar la intervención desde esta óptica de desarrollo de la comunidad.

2.4.4. Modelos de trabajo comunitario desde la Perspectiva Feminista

Es más bien una perspectiva que un método de intervención. Nos parece importante hacer referencia por la enorme influencia que a todos los niveles esta teniendo en la actualidad.

La idea que anida en el corazón del feminismo es muy simple: no hay en el mundo dos clases de personas, una superior y otra inferior, o, en términos de relaciones de poder, una dominante y otra subordinada. Todos somos iguales con independencia del género. (Dominelli y McLeod, 1999, pg.18).

Es necesario que la filosofía propuesta por Dominelli en el párrafo anterior se vea como la forma normalizada de relacionarse entre personas, en cualquier ámbito (laboral, familiar,...). Tanto en la intervención cotidiana que realizamos, como en nuestra vida personal podríamos resumirlo con la siguiente expresión: «nadie es más que yo, nadie es menos que yo».

El feminismo es un movimiento que surge en Inglaterra y en EE.UU, en los años 1970. Persigue la liberación de las mujeres de los sistemas de patriarcado. Es sin lugar a dudas uno de los grandes cambios que se han producido en la historia de la humanidad, al nivel de cambios como la revolución científica, la revolución francesa, la revolución industrial, la revolución tecnológica, etc. Existen muchas teorías sobre lo que se entiende por feminismo, que dan pie a que surjan distintas orientaciones, veamos algunas de ellas: (Viscarret, 2014).

- Feminismo liberal: busca eliminar las barreras legales que restringen la igualdad de oportunidades.
- Feminismo radical: se centra en la estructura social, piensan que la crianza de los niños les deja fuera de la esfera de poder.
- Feminismo socialista/marxista: critican el sistema capitalista que apoya el poder patriarcal.
- Feminismo antiracista: la hermandad de mujeres debe abarcar por igual los intereses de blancas y de negras.

Dominelli define el Trabajo Social feminista como un trabajo social práctico que tiene la desigualdad de género y la eliminación de la misma como punto de partida

para trabajar con mujeres,..., buscando promover el bienestar de la mujer tal y como lo definan las propias mujeres. (pg.215)

El trabajo social feminista se fundamenta y arraiga en las experiencias de las mujeres y en la investigación, que atestiguan la existencia de una discriminación sistemática contra las mujeres; el objetivo inmediato es utilizar las relaciones de ayuda basadas en valores igualitarios con el fin de permitir a las mujeres desarrollar los recursos, habilidades, capacidades y confianza necesaria para tomar control respecto de sus propias vivencias. La adopción de autoestima por parte de las mujeres a través de un contacto directo y sencillo entre clientes y trabajador social feminista impulsa a la mujer a tomar sus propias decisiones jugando un papel activo en su situación, explorando alternativas, formulando planes de acción e implementándolos. (pg.217)

Tanto la feminización de la pobreza, como que la mayoría de los usuarios que acuden a cursos de servicios sociales son mujeres, son hechos evidentes del funcionamiento que mantiene nuestra sociedad actual. Ante realidades como estas, desde el ámbito social, son necesarios programas transversales que persigan el objetivo de empoderar a las mujeres para que tomen sus propias decisiones, siempre guiados por el principio de autodeterminación estipulado en el código deontológico. También es importante que se sientan legalmente protegidas con una igualdad real y efectiva de sus derechos.

Uno de los muchos ámbitos donde la mujer siempre ha estado infrarepresentada es en el deportivo, lo que ha tenido una influencia directa tanto en sus alternativas de ocio, como en el cuidado de su propia salud. En el programa Vallecas Activa un 75 % de los participantes son mujeres. Esto las está sirviendo para cuidar y mejorar su estado de bienestar tanto físico como psicológico. También está siendo útil para empoderarlas en una dimensión que la mayoría nunca se hubiesen planteado, si no se lo llega a recetar el médico o el trabajador social. Estas mujeres, se están enfrentando a realizar una actividad novedosa, que les permite encontrarse mejor consigo mismo, les ayuda a reducir el sentimiento de aislamiento, y a la vez están disfrutando de las ventajas que proporciona la realización de actividades grupales.

2.5. Trabajo Comunitario en la actualidad

2.5.1. ¿Qué se entiende por Trabajo Social Comunitario?

El término comunidad tiene que ver con necesidades e intereses personales y comunitarios, con sistemas de organización, con participación, con sentimientos de pertenencia, con recursos disponibles, etc. Como hemos visto anteriormente, es un término complejo al que tras mucho

2.5. TRABAJO COMUNITARIO EN LA ACTUALIDAD

tiempo de debate no se ha conseguido alcanzar todavía un consenso. Zamanillo (2010, pg.51) nos aporta algunas claves del porqué se producen enormes dificultades para definirlo de forma correcta:

- Casi imposible definir sus límites y, por tanto, poder focalizar el ámbito de estudio.
- Uso del término con gran poder simbólico, exento de connotaciones negativas ... que permanece en el tiempo sin apenas variaciones.
- Confusión de las relaciones de la vida en comunidad con las de tipo societario.
- Negación, en el uso del término, de las tendencias individualistas propias de la sociedad moderna.
- Comunitario como entidad autosuficiente y armónica. El espacio de lo comunitario es un lugar, no sólo de armonía y cooperación sino un espacio en el que se dan importantes conflictos de poder.

A pesar de las dificultades enumeradas algunos autores actuales llegan a definir de la siguiente forma el Trabajo Social Comunitario:

El Trabajo Social Comunitario es una disciplina del Trabajo Social que parte de los valores de la ciudadanía democrática, se basa en la metodología científica, aborda problemas que demandan una respuesta colectiva, se aplica a través de un proceso de diagnóstico, planificación, organización, desarrollo y evaluación y conlleva un proceso de enriquecimiento (empowerment) personal y comunitario. (Fernández García y López Pelaez, 2014, pg.17)

El Trabajo Social Comunitario es la intervención social en el ámbito comunitario encaminada a desarrollar las capacidades personales, grupales y vecinales, fomentando la autoayuda y la solidaridad, potenciando los propios recursos de la comunidad, tanto a través de la participación activa de sus habitantes, desde la perspectiva individual, como la de sus organizaciones formales o informales, a través de sus grupos. Entre el individuo y la comunidad está pues el grupo, primera esfera que ofrece al individuo su dimensión social, que con sus vínculos racionales ofrece un beneficio para los individuos y para la comunidad. (Rossell, 1994, pg.25) ¹

¹Texto sacado de la página 25 del libro «Manual para el Trabajo Social Comunitario» de Nieves Lillo y Elena Roselló. Ediciones Narcea, 2004. Los autores marcan la cita como que pertenece a Teresa Rossell, pero no ha sido posible encontrar la fuente de donde esta sacado.

En la primera definición, los autores hacen referencia de forma muy genérica al método de trabajo social, mientras que en la segunda definición la autora se centra en describir como tiene que ser la participación en la comunidad a través de los grupos. No obstante las dos definiciones aportan elementos fundamentales para determinar lo que tiene que ser el trabajo comunitario. Para Fernández y López el trabajo tiene que partir de los valores de la ciudadanía, y para Rossell el trabajo comunitario tiene que ir dirigido a desarrollar las capacidades de las personas teniendo como base de funcionamiento la autoayuda y la solidaridad.

2.5.2. Nomenclatura y formas de llevarlo a la práctica

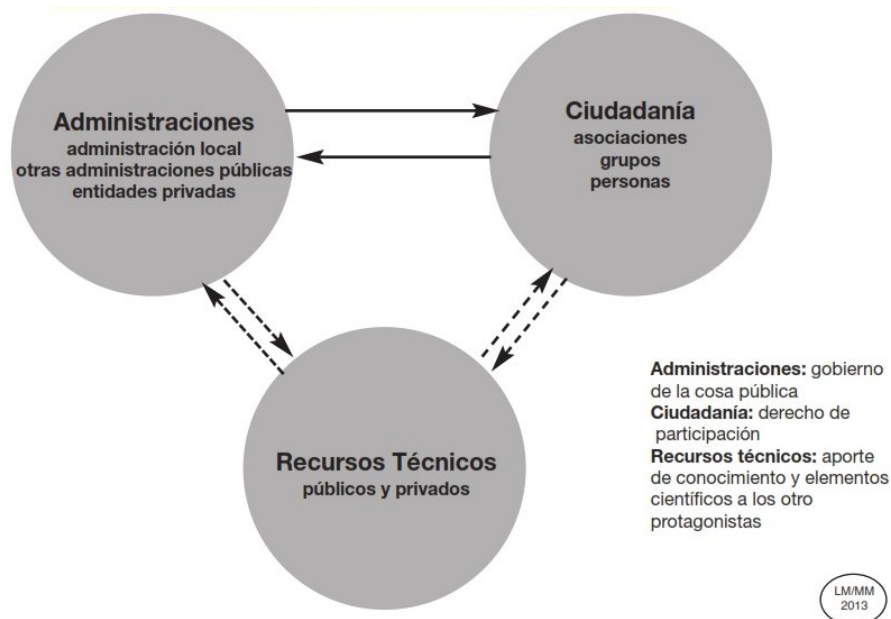
Tal y como explicitan algunos autores de Trabajo Social comunitario, no existe una terminología única. Esto puede entenderse como una riqueza de formas de actuar, pero si no esta organizado y sistematizado se convierte en una debilidad, haciendo que sea imposible comprendernos entre nosotros mismos, y menos que nos entiendan desde otras profesiones ajenas al ámbito social.

Taylor y Roberts (1985) muestran la dificultad de construir modelo único de trabajo con la comunidad, ante las innumerables diferencias entre las diferentes escuelas y prácticas de capacitación.... Estas dificultades llegan hasta nuestros días y los distintos autores muestran las diferentes aceptaciones que han recibido la intervención comunitaria en el trabajo social: Organización de la Comunidad (Doucet and Favreau), Planificación de la comunidad (Marchioni), Desarrollo de la comunidad (Rezsohazy), Comunidad y Desarrollo (Baten), Trabajo Comunitario (Twelvetrees), intervención colectiva (Pascal and de Robertis),... (Pastor Seller, 2015, pg.2).

A la hora de planificar una intervención comunitaria es necesario ser conscientes del enfoque que queremos aplicar a la acción comunitaria.

En el Trabajo social comunitario, en tanto que forma de intervención social, no existe una única manera de intervenir, si no que las prácticas concretas están determinadas por la perspectiva o enfoque en el que se encuadran las mismas. Es preciso partir de este planteamiento previo, a la hora de abordar los procedimientos metodológicos del trabajo social comunitario, ya que estos están en función del enfoque teórico en el que se encuadra la intervención. (Lillo y Roselló, 2004, pg.97)

Figura 2.13:
Protagonistas del proceso comunitario.



Fuente: Marchioni et al., 2013, pg.60

Cualquier enfoque comunitario tiene que perseguir unir a la comunidad, sembrando esperanza de mejora para todos. La mejora de la comunidad se dará siempre que sus ciudadanos tengan mayor libertad de participación y de decisión.

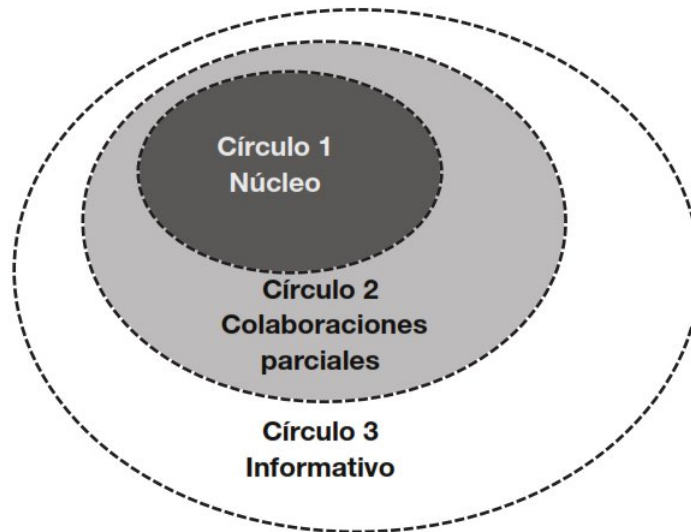
2.5.3. Actores

En cuanto a los actores de la intervención comunitaria, Marchioni et al. (2013, pg.60) plantean como elementos básicos de cualquier proceso comunitario a las administraciones y al Tercer sector, a los Ciudadanos, y los recursos técnicos que aportan el conocimiento y los elementos científicos (ver fig. 2.13).

Los mismos autores plantean el proceso comunitario como un proceso abierto, donde puede participar todas las personas. Elaboran la teoría de los tres círculos teniendo en cuenta el nivel de compromiso que tenga cada individuo. Defienden que existe un núcleo del proceso comunitario donde se encuentran los promotores de la iniciativa, un segundo círculo de colaboradores parciales y un tercer círculo de los que no participan que lo denominan como círculo Informativo (ver fig. 2.14).

Este planteamiento otorga el peso a que se mantenga el proceso participativo, y no a la continuidad de las personas que estas pueden pasar de un círculo a otro en cualquier momento.

Figura 2.14:
Teoría de los tres círculos.



Fuente: Marchioni et al., 2013, pg.64

Según estos autores, lo importante es que la metodología garantice la continuidad del proceso más allá de las mismas personas.

La Intervención Comunitaria no se traduce en un proyecto finalista, es decir, con finalidades pre-definidas. Se trata de un proceso indefinido e inespecífico, ya que parte del principio que cada comunidad es una realidad particular que tiene que realizar su propio itinerario de desarrollo, que será diferente de cualquier otro. (Marchioni et al., 2013, pg.65)

De una forma genérica, se puede expresar que los actores van a ser los planteados por Marchioni, pero en la realidad va a depender mucho del tipo de forma de trabajo comunitario que se ponga en marcha. Siguiendo la clasificación, realizada por Enrique Pastor, si la práctica comunitaria hace referencia a la solidaridad entre vecinos o a los movimientos ciudadanos, los únicos actores de esa dinámica serán los ciudadanos, y lo mismo ocurrirá con las restantes categorías. Marchioni et al. (2013), están refiriéndose a un tipo concreto de intervención comunitaria.

2.5.4. Proximidad, participación y empoderamiento

Proximidad, participación y empoderamiento son acciones muy relacionadas entre sí, que gozan de gran reputación dentro de la profesión, podemos encontrarlas en el corazón de todos los proyectos actuales de trabajo comunitario. Como ejemplo puede servir el Plan de Barrios de Barcelona que basa su intervención en la proximidad al ciudadano estableciendo áreas de intervención prioritaria, y diseñando un plan de actuación específico en cada barrio acogido al plan (Nel-lo i Colom, 2017). Para realizar un seguimiento del programa elaboran unos criterios generales ordenados por áreas de actuación que deberán entenderse según el propio plan más como sugerencias para el debate y la actuación que como un decálogo de carácter doctrinal. Para una mayor información en el cuadro 2.3 se esquematizan los criterios establecidos en el Plan. Cuanto más reducida y próxima sea una comunidad, existirá mayor sentimiento de pertenencia y tendrá mayores posibilidades de éxito, trabajando por resolver los problemas que afectan a su barrio.

Cuadro 2.3:
Áreas y criterios del Plan de Barrios de Barcelona.

ÁREAS INTERVENCIÓN	CRITERIOS PLANTEADOS
Regeración urbana	Dar respuesta desde el ámbito local
Actividad Económica	Promover el comercio local
Población	Combatir la segmentación y fomentar la identidad territorial
Educación	Mejorar la calidad de la escuela pública
Salud	Reducir las desigualdades en salud
Género	Incorporar la perspectiva de género
Innovación social	Promover la acción ciudadana
Vivienda	Vivienda vacía, experiencias colaborativas y vivienda asequible
Comunes urbanos	Que los usuarios participen en proyectar el espacio público
Patrimonio	Preservar el patrimonio y la memoria histórica
Tramas urbanas	Mejorar la habitabilidad y la accesibilidad de los barrios
Medioambiente	Efic. energética, zonas verdes, residuo cero, transp. sostenible
Mercado del suelo y vivienda	Regular e intervenir en el mercado del suelo y la vivienda
Evaluación	Rendir cuentas y capitalizar experiencias

Fuente: Nel-lo i Colom (2017).

Participación, es el recurso estrella de todos los planes de intervención comunitaria. Para delimitarla recordemos la definición que aporta Marchioni (2013):

Participación es la posibilidad y el derecho a ser reconocido como ser humano activo en todos los ámbitos de la vida social de una sociedad democrática –político, sindical, familiar, académico, social, etc- aportando ideas, propuestas, iniciativas, acciones, etc. que contribuyen a modificar y mejorar la realidad que nos rodea; siempre y cuando estas acciones no limiten o impidan el ejercicio de los derechos

individuales y colectivos de otras personas. (pg.62)

Para Enrique Pastor (2004), la participación de los implicados en los procesos de decisión llega a considerarla como uno de los pilares del trabajo social postmoderno. Según Rodríguez Álvarez (2015), la comunidad mejora cuando en la construcción de la sociedad civil participa una representación lo mas diversa posible de ciudadanos. En mi opinión, lo último que expresa Rodríguez Álvarez es la clave de cualquier proceso participativo, que la representación sea amplia y con opiniones muy variadas. Esto mismo, es lo que provoca que en ocasiones sea muy complicado conseguir acuerdos cuando las posturas están muy enfrentadas, motivo por el que hay que ser especialmente cuidadoso en estas situaciones para no caer en rechazar y demonizar opiniones distintas a las nuestras solo por el hecho de serlo. Con estos matices, la participación a nivel municipal se convierte en un asunto de interés preferente.

El empoderamiento (empowerment) persigue impulsar procesos de desarrollo y crecimiento de las personas y grupos, desarrollando capacidades y fortalezas ocultas que les permita una mejora en el desenvolvimiento en sus relaciones sociales. Adams (2008) lo clarifica en la siguiente definición:

Capacidad de los individuos, grupos y/o comunidades que les permite hacerse con el control de sus circunstancias, ejercer el poder y alcanzar sus objetivos y también el proceso por el cual, ya sea de manera individual o colectiva, son capaces de ayudarse a sí mismos y a otros para maximizar su calidad de vida. (Rodríguez Álvarez, 2014, pg.28)

Esta debería ser la primera finalidad de todo trabajo comunitario, empoderar a las personas, para que puedan tomar decisiones, ayudandose a si mismos y a los que tienen a su alrededor, siempre visto desde una optica win-win.

2.5.5. Intencionalidad de la participación en acciones comunitarias

Por la envergadura de un proyecto comunitario, es necesario realizar una continua reflexión sobre la intencionalidad perseguida por los actores del proyecto.

En demasiadas ocasiones el territorio de la intervención comunitaria es el escenario propicio para escenificar las relaciones de poder y de influencia de una parte de la comunidad contra la otra, o de lo público frente a lo privado y viceversa, o para escenificar y consolidar los enfrentamientos o competiciones por los recursos. Necesitamos superar este escenario siempre agrio, abrupto lleno de tensiones y nada creativo por otro en el que solo estén en juego las dinamicas comunitarias ...desde el servicio y no desde el poder o la competencia por los recursos o por

2.5. TRABAJO COMUNITARIO EN LA ACTUALIDAD

el poder de influir en la toma de decisiones por encima de la misma comunidad. (Hacia un modelo municipal de política de acción comunitaria en Zaragoza, 2018, pg.21)

Existe una distancia muy grande en las intencionalidades, es necesario conocer la verdadera razón por la que se hacen las cosas. Por otro lado, también se considera importante conocer como operan otras fuerzas que tienen intereses puestos en la comunidad. A continuación se exponen sintéticamente algunas formas de llevarlo a término que se dan actualmente.

Según Gorraiz (2016) se lleva casi cien años estudiando la psicología de masas. En la actualidad se estudia muy a fondo la opinión pública y la influencia de la propaganda como método para unificar pensamiento.

Trascribiendo palabras de Trotter y Le Bon, «la mente del grupo no piensa en el sentido estricto del término. En lugar de pensamientos tiene impulsos, hábitos y emociones. Al tomar decisiones su primer impulso suele ser el de seguir el ejemplo de un líder de confianza. Éste es uno de los principios más sólidamente fundamentados de la psicología de masas» (Bernays, 2008, pg.26).

Gorraiz en su artículo también alude a los términos hombre unidimensional e individuo multidimensional para referirse al papel que tienen los medios de comunicación en el primer caso, y en el segundo caso, a la influencia que están teniendo las redes sociales e internet como impulsor de demandas sociales.

Por su claridad, también es necesario hacer referencia a las Estrategias de Manipulación Mediática que estableció Sylvain Timsit: (Sánchez Cuevas, 2022).

- *La estrategia de la distracción.* El elemento principal del control social es la estrategia de la distracción que consiste en desviar la atención del público de los problemas importantes y de los cambios decididos por las élites políticas y económicas, mediante la técnica del diluvio o inundación de continuas distracciones y de informaciones insignificantes. Mantener la atención del público distraída, lejos de los verdaderos problemas sociales, cautivada por temas sin importancia real. Mantener al público ocupado, ocupado, ocupado, sin ningún tiempo para pensar.
- *Crear problemas y después ofrecer soluciones.* Se crea un problema, una «situación» prevista para causar cierta reacción en el público, a fin de que éste sea el mandante de las medidas que se desea hacer aceptar.
- *La estrategia de la gradualidad.* Para hacer que se acepte una medida inaceptable, basta aplicarla gradualmente, a cuentagotas, por años consecutivos.
- *La estrategia de diferir.* Otra manera de hacer aceptar una decisión impopular es la

de presentarla como «dolorosa y necesaria», obteniendo la aceptación pública en el presente, pero posponiendo su puesta en marcha.

- *Dirigirse al público desde una posición intelectual superior.* En mucha publicidad se utilizan discursos y argumentos con un tono infantilizante. En razón de la sugestibilidad, existirá tendencia a reaccionar desprovisto de un sentido crítico, de forma infantil.
- *Utilizar el aspecto emocional mucho más que la reflexión.* Hacer uso del aspecto emocional es una técnica clásica para causar un cortocircuito en el análisis racional, y en el sentido crítico de los individuos. Por otra parte, la utilización del registro emocional permite abrir la puerta de acceso al inconsciente para implantar o injertar ideas, deseos, miedos y temores, compulsiones, o inducir comportamientos.
- *Mantener al público en la ignorancia y la mediocridad.* Hacer que el público sea incapaz de comprender las tecnologías y los métodos utilizados para su control.
- *Estimular al público a ser complaciente con la mediocridad.* Promover al público a creer que es moda el hecho de ser vulgar e inculto.
- *Reforzar la autoculpabilidad.* Hacer creer al individuo que es solamente él, el culpable por su propia desgracia, por causa de la insuficiencia de su inteligencia, de sus capacidades, o de sus esfuerzos. Así, en lugar de rebelarse contra el sistema, el individuo se auto desvalida y se culpa, lo que genera un estado depresivo, uno de cuyos efectos es la inhibición de su acción. Y, sin acción, no hay revolución.
- *Conocer a los individuos mejor de lo que ellos mismos se conocen.* Los avances acelerados de la ciencia han generado nuevas disciplinas como la biología, psicología o las neurociencias que permite conocer mejor al individuo común de lo que él se conoce a sí mismo. Lo que facilita, en la mayoría de los casos, ejercer un gran control sobre los individuos.

Antes de finalizar este apartado quería realizar una breve mención a los Think tanks (laboratorios de ideas o de pensamiento). Son instituciones cuyo cometido es la reflexión intelectual sobre cuestiones de interés político, económico, militar, etc. En palabras de Tello (2013) definen los problemas, exploran nuevos campos y son capaces de influir en las clases dirigentes a través de la elaboración de soluciones alternativas y de la movilización de la opinión pública. Son por tanto, instituciones que influyen en la sociedad y en la evolución de las ideas políticas y económicas de los países desarrollados. Son instrumento útil de participación de la sociedad civil en la esfera pública y ayudan a encauzar el conocimiento sobre temas políticos,

2.5. TRABAJO COMUNITARIO EN LA ACTUALIDAD

económicos, culturales, sociales,... Un think tank será útil socialmente cuando contribuya a crear en la opinión pública, bases de pensamiento que ayuden a establecer criterios comunes objetivos, y que a la vez, la clase política cuente, con nuevos retos y planteamientos para que les permita avanzar en su labor. A la hora de establecer una clasificación de Think tanks, los hay que se consideran independientes, mientras otros se encuentran claramente alineados con un determinado pensamiento, o incluso, a partidos políticos concretos o grupos de presión.

2.5.6. Repensar la Intervención comunitaria

El trabajo social comunitario es un ámbito complejo de intervención que engloba quehaceres muy diferentes entre sí. Por poner un ejemplo, sería análogo a estudiar la salud mental en general, una depresión no tiene nada que ver con una psicosis o con un trastorno de la personalidad, ni en sus síntomas, ni en su forma de tratamiento. Algo parecido es el trabajo comunitario, por lo que se necesita identificar que tipologías concretas existen y cuales son los métodos más apropiados para cada práctica concreta. Los actores necesariamente van a ser distintos en función del tipo de trabajo social comunitario que se ponga en funcionamiento. Otro elemento de gran importancia e influencia son las perspectivas o enfoques desde la que nos posicionemos. Nuestra participación no es neutra. En esta cuestión tenemos que tener en cuenta tanto los intereses personales como los de los grupos de interés existentes.

Otros escenarios que influyen poderosamente en como intervenir ante una comunidad, son los grandes cambios que se están produciendo en la organización de la sociedad en las últimas décadas, hay que tener en cuenta que la sociedad actual y la que se espera en el futuro es tremendamente diferente a la que había existido hace solo treinta o cuarenta años. La existencia de un importante grado de anomía social donde se puede reconocer que no existe un tipo único ni ideal de comunidad, si decir, que cada vez las distintas sociedades se parecen más, donde las comunidades son cada vez mas complejas, y los lazos personales, cada vez son más tenues repercutiendo en un estilo de solidaridad mas débil y frágil. Una cuestión que define mucho el estilo de sociedad que tenemos delante, es fijarnos en cual es su grupo dominante. Puede ser dominada por la economía, por la familia, por la religión o por la política (estilos según Fichter). Un último escenario también influyente, es la cada vez mayor segmentación de los campos de intervención profesional, que provoca olvidarnos del sujeto como tal, conociendo unicamente aspectos cada vez más parciales y concretos del individuo. Uno de los logros de Vallecas Activa ha sido justo este, pensar en la persona en todas sus dimensiones. Zamanillo (2010) lo expone de forma muy clara en las siguientes líneas:

...no ayuda a tener en cuenta en toda su dimensión al sujeto particular que construye, junto con otros, lo comunitario. Porque en tiempos de individualismo ins-

titucionalizado es más importante que nunca tener en cuenta a ese sujeto... Todo lo cual exige abrirse a un nuevo pensamiento, y luchar por unas nuevas bases existenciales para la civilización industrial con una voluntad constructiva. (pg.56)

Autores actuales difieren en cual debe ser la finalidad perseguida por el trabajo comunitario. Fernández y López (2014, pg.17) hablan de «afrentar los desafíos que para la inclusión social demandan una respuesta colectiva de la ciudadanía»; López Peláez (2012, pg.61) expone como reto más importante del trabajo comunitario, «lograr una mayor vinculación entre la investigación académica, la evaluación científica del entorno, y el diseño, puesta en marcha, desarrollo y evaluación de la propia actividad de los trabajadores sociales desde patrones científicos»; Marchioni, et al.(2013, pg.59) plantea perseguir «la mejora de las condiciones de vida de la población interesada»; Pastor (2021) por su parte plantea como propósito «promover la reconstitución de los actores sociales fortaleciendo sus capacidades de análisis del contexto de identificación y representación de intereses colectivos negociados, la canalización de aspiraciones y la influencia en las políticas públicas»; Zamanillo (2010, pg.57) explicita que lo que interesa es «el desarrollo personal de sujetos diferenciados que aprendan a cuidarse de si mismos, para poder cuidar a los demás, que aprendan a usar su poder y a reconocer a los otros como sujetos también de poder. Implica ayudarlo a construirse como sujeto reflexivo con voluntad de consenso y capacidad de disenso».

Y en cuanto a las estrategias que plantean para conseguirlo, también son distintas. Zamanillo habla de desarrollo de las personas como sujeto reflexivo lo que es una condición previa y necesaria para el buen funcionamiento de una comunidad, mientras que Fernández y López plantean que se debe capacitar a las personas para su inclusión en una sociedad democrática y dinamizar las comunidades para afrontar los desafíos necesarios. López Peláez comenta que el apoyo mutuo, la solidaridad, y los vínculos con los demás, son los principales recursos de los que disponemos para hacer frente a nuestra vulnerabilidad. Seguramente estén hablado de diferentes tipos de trabajo comunitario, pero es necesario aclararnos con los tipos que existen, con las acciones empleadas en cada uno y con la terminología utilizada. Esto ayudará a dar robustez al trabajo comunitario, a la profesión, y a la vez aportará claridad y sencillez a la hora de ponerlo en funcionamiento.

Por todo lo anteriormente expresado se hace necesario una profunda revisión de la intervención comunitaria en el que la ética profesional tiene que jugar un papel fundamental a la hora de evitar la instrumentalización del modelo. Es necesario llegar a acuerdos sobre que es y que no es trabajo comunitario, que tipologías existen y cuales son sus métodos de aplicación. Hay que ser capaces de construir juntos el futuro, el cual pasa por una actitud de escucha activa que entienda que una comunidad esta formada por un conjunto de personas, y que cada persona es una pieza irremplazable de esa comunidad. Las actitudes defensivas

2.5. TRABAJO COMUNITARIO EN LA ACTUALIDAD

deben dar paso a las colaborativas y sumativas. La comunidad se enriquece cuando todas las partes salen ganando.

En el siguiente capítulo se debate si el deporte puede ser una posible herramienta al servicio del trabajo social. Serán necesario muchos estudios posteriores para poder determinar con exactitud una respuesta, pero veamos a continuación que beneficios presenta, cuales son sus principales dificultades y sobre todo, de que forma puede aportar una sinergia positiva dentro del trabajo social.

Capítulo 3

El deporte como herramienta de Trabajo social

El deporte es un concepto muy amplio y con muchas aristas, podemos hablar de deporte como salud, como integración, como competición, como ocio, como trabajo, como asignatura, como negocio, etc, lo que le enriquece a la vez dificulta enormemente su concreción a la hora de ser analizado.

Tomas Bolaño (2005, pg.1) distingue entre dos tipos de deporte: La práctica y la expectación del deporte moderno y normalizado que «se ajusta a los patrones del orden económico industrial que ha generado en los momentos de la globalización un cierto tipo de deporte de excelencia altamente competitivo soportado por la biotecnología», y lo que denomina el deporte competencial que lo define como un «deporte flexible, menos normalizado, más libre espontáneo que se aparta del paradigma de la alta competitividad y se ajusta a los intereses de salud, recreación, diversión, sociabilidad y espiritualidad». En esta tesis nos estamos refiriendo siempre a este último tipo de deporte desarrollado.

3.1. Factores influyentes y costes agravantes

Como nos adelantan Dahlgren and Whitehead (1991) en su modelo, existen multitud de factores que influyen en la salud de las personas y de una población. Todos coexisten en el tiempo pero cada factor tiene su responsable tal y como queda reflejado en el cuadro 3.1. Los factores más generales tienen que ver con el medioambiente, y con condicionantes básicos

3.1. FACTORES INFLUYENTES Y COSTES AGRAVANTES

como el agua, la sanidad, la educación, la vivienda,..., son la base para que una población pueda desarrollarse de forma saludable. A medida que bajamos en la tabla cada vez pierde mas peso la organización social en beneficio de las decisiones personales. Decisiones que están siempre marcadas por nuestros genes, nuestro temperamento, por lo aprendido en nuestra familia de origen y en nuestras experiencias primarias, y por lo aprendido en nuestra etapa académica.

Cuadro 3.1:
Influencias en la salud y órganos responsables.

Responsable	Factores influyentes	Ej. Actuaciones
Gobiernos	Condiciones del entorno, culturales y socioeconómicas	Seguridad Sistema de producción Sanidad Empleo Vivienda
Ayuntamientos	Condiciones de la Comunidad	Alcantarillado Higiene de las ciudades Diseño de la ciudad
Familia	Estilo de vida, socialización	Deporte en familia Alimentación saludable Incentivar estudio Forma comprender la vida
Familia e Instituciones educativas	Educación y aprendizaje	Acreditar formación Normas de convivencia Trabajo en equipo Horarios
Persona	Factores personales	Edad Sexo Factores hereditarios Gustos, aficiones

Fuente: Elaboración propia.

Esto nos permite diferenciar dos niveles, un nivel de estructura social compuesto por técnicos, políticos, etc, cuyo cometido otorgado por la sociedad, es organizar las reglas del juego y velar porque se cumplan, buscando soluciones generales que faciliten y mejoren la vida los ciudadanos. El otro nivel donde el protagonista es el individuo con su forma de ser y su toma de decisiones (estilo de vida).

La World Heart Federation (2014) defiende que la inactividad física perpetúa un ciclo muy peligroso que comienza a afianzarse desde edades muy tempranas en la vida, llegando a sufrirse como costes agravantes por haber llevado un tipo de vida sedentario a lo largo de la vida:

CAPÍTULO 3. EL DEPORTE COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO SOCIAL

- **En la infancia temprana:** Los pre-escolares con padres inactivos son mucho menos propensos a ser activos, llegando a faltar a la escuela dos días más que la media de alumnos. El 30 % de los niños presentan problemas de obesidad.
- **En la adolescencia:** La menor actividad física está asociada a más bajos rendimientos académicos.
- **En la edad adulta:** Menor salario laboral, una semana más al año de baja laboral por enfermedades, mayores costes de atención sanitaria, aumento de muertes prematuras por inactividad, y descenso de hasta cinco años de esperanza de vida.

En la figura 3.1 se muestran algunos marcadores de desarrollo que se han vinculado a niveles de actividad física:

Figura 3.1:
Marcadores de desarrollo.



Fuente: Fundación Española del Corazón (2014)

3.2. Beneficios del deporte

En el ámbito social se lleva utilizando mucho tiempo el deporte como herramienta de intervención social por los principios y valores que inspira. En el momento presente, desde el Trabajo Social se está tratando de profundizar en un análisis más científico, investigando las posibilidades que tiene dentro de nuestra disciplina. Hay autores como Millares de Benito (2017) que afirma sin profundizar en exceso que las actividades deportivas son de gran relevancia para el trabajo social y merecen gran atención debido a la gran variedad de efectos sociales que produce en las personas y en sus relaciones, tales como: la construcción de actitudes y valores, y la construcción de identidad tanto individual como grupal.

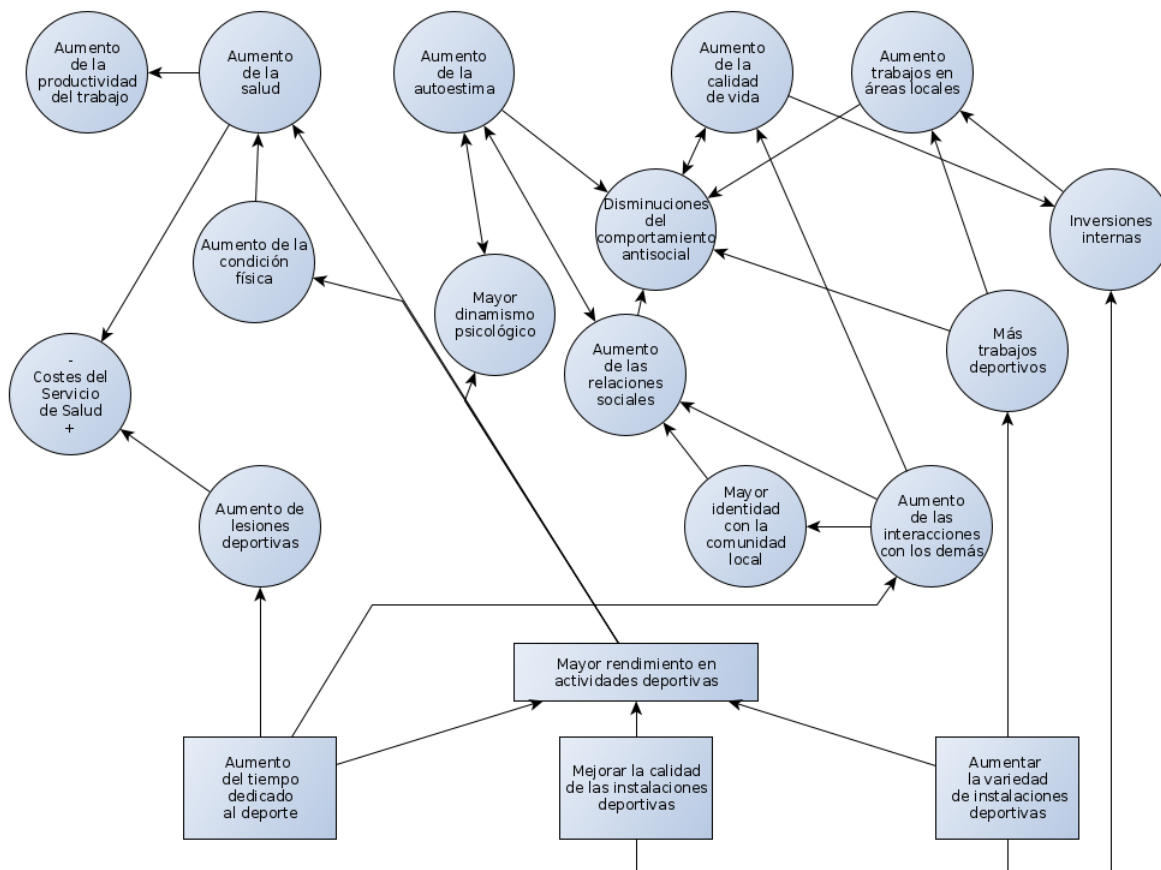
González López (2017) plantea que algunas de las consecuencias positivas del deporte son la socialización y la integración e inclusión de las personas en la sociedad. Lo ve como una oportunidad innovadora para hacer frente a los problemas que sufren gran parte de la población, ya que favorece su integración mediante la consecución de valores sociales, y educativos o reportando beneficios físicos, psicológicos y habilidades. Va un poco más lejos llegando a afirmar que no será efectivo si el profesional no cuenta con un programa estructurado y apoyado por las instituciones pertinentes.

Otros efectos positivos del deporte los plantea Lasheras Muñoz (2012) como son la interculturalidad, favorecer relaciones de amistad, promover resolución de conflictos y generar igualdad e integración. Para este autor el deporte es un contexto inmejorable para desarrollar valores sociales y personales, habilidades y conductas positivas, pero cree que no es la panacea, que debemos desarrollar un carácter crítico y científico y utilizar una metodología adecuada para saber en que situaciones y contextos el deporte puede ser una herramienta útil.

Collins et al. (1999), como expresa mediante la figura 3.2, llega a definir cuales son algunos de los beneficios que el deporte en última instancia produce en la sociedad. En concreto se está refiriendo al aumento de trabajo a nivel local, incremento de la calidad de vida, aumento del nivel de autoestima, y aumento de la salud de la población lo que termina repercutiendo en los puestos de trabajo con una mayor productividad laboral.

Otros presuntos beneficios del deporte son su potencial socializador, la expresión de sentimientos y emociones, que incentiva las relaciones interpersonales y el respeto entre los participantes, también fortalece los sentimientos de autoestima y la identidad social, llegando incluso a manifestar que ayuda a lidiar con las frustraciones, a superar la timidez y a aumentar la capacidad de concentración. Todo esto y mucho otros se comentan como ganancias del deporte, pero es necesario preguntarnos si son todos los deportes los que provocan estos beneficios, y si se producen en todas las personas por igual, o en que situaciones son provo-

Figura 3.2:
Relación entre deporte y beneficios económicos



Fuente: Collins et al., 1999, pg.30. Traducción propia.

cados, y que porcentaje de los efectos del deporte continúan una vez finalizada su realización o si se puedan transferir a otros ámbitos. Todavía tenemos un largo camino por delante.

Se percibe que el área deportiva en el ámbito de las instituciones proponentes de los proyectos sociales es un reciente campo de exploración. Por consiguiente, hay necesidad de definir criterios e instrumentos que permitan una validación del impacto social en el carácter de manera objetiva. (Calais y Herrera, 2018, pg.254)

A continuación se expone de forma sintética una recopilación de opiniones de diferentes autores recogidas por Balibrea y Santos (2010) sobre los efectos que el deporte tiene en la sociedad, y que debemos conocer a la hora de profundizar en su utilización como herramienta de trabajo social.

3.2. BENEFICIOS DEL DEPORTE

- No es sencillo establecer una relación directa entre deporte e integración social. Existen muchas variables que son difíciles de controlar. Heinemann comenta que la integración es algo demasiado serio y complejo como para hablar de la integración por el deporte.
- Muchos antropólogos afirman que los juegos al igual que los ritos, y las ceremonias están encastrados en la sociedad. Desde esta idea se puede ver el deporte como algo integrador.
- Joan Huizinga plantea no utilizar el deporte como instrumento de control, fomentando que sea libre, creativo y con medios propios. Incluir el deporte en la vida ordinaria de las personas y trabajar para que ayude a promover cambios sociales y personales concretos.
- El deporte ha sido utilizado en múltiples ocasiones por parte de los Estados para el refinamiento de costumbres y normas sociales, y en la presión de individuos para el control de las emociones y de la agresividad.
- Jean Marie Brohm argumenta el surgimiento del deporte como resultado de una concepción filosófica, política y económica que sitúa estas prácticas deportivas en el marco común del rendimiento, la competitividad y la mercantilización de los resultados (cuerpos-máquinas).
- Michael Foucault el cuerpo es objeto de una producción y ha de ser controlado mediante la anatomopolítica (control de las personas de forma individual) y la biopolítica (control de las poblaciones en su conjunto).
- Flavia Costa considera que está cobrando forma un dispositivo de corporalidad en el cual encontramos referencias al cuidado del cuerpo y la actividad física. El dispositivo combina tres niveles:
 - Biotecnológico: el cuerpo está dejando de ser una máquina que tenemos que mejorar y arreglar, para pasar a ser un material que puede ser reprogramado mediante implantes y manipulaciones de células y genes.
 - Esfera de la salud: todo individuo-cuerpo es un enfermo potencial que tiene que cuidarse y ser cuidado por recomendaciones del Estado y del mercado. La responsabilidad última recae sobre el individuo que está obligado a administrar su capital corporalidad y a mantenerlo en perfecto estado, y si no lo hace puede ser criminalizado. Un ejemplo muy claro de este planteamiento es lo que hemos vivido durante la pandemia del COVID 19.

- El cuerpo entendido como imagen en una sociedad altamente espectacularizada. Cada vez más «cuidar de sí» esta relacionado no con los cuidados del alma, sino de cuidar del cuerpo. Los ideales burgueses de cuidar del cuerpo para conseguir mejorar los sentimientos y las cualidades morales esta dejando paso a cuidar del cuerpo sin más. Se actua sobre el cuerpo para ajustar el alma (relajación, tonificación, auto-estima, etc).

Las anteriores reflexiones nos advierten de la complejidad del tema y de la necesidad de tomar cautela respecto a la aplicación de deporte como herramienta de Trabajo social, y nos hace plantearnos ¿qué papel debe jugar el Trabajo social en todo esto?, ¿estamos reproduciendo en nuestros despachos los valores imperantes en el sistema? ¿qué paradigmas y bases científicas son las que fundamentan nuestras intervenciones?

Balibrea (2010, pg.49) después de haber estudiado minuciosamente los beneficios del deporte realiza las siguientes afirmaciones sobre la influencia de éstos en el ámbito social:

La idea de las virtudes del deporte para tratar problemas sociales se ha extendido mucho en estos últimos años. Se ha repetido en la televisión por boca de políticos y deportistas. Sin embargo, esta extensión no ha ido acompañada por el surgimiento de un número demasiado relevante de experiencias e intervenciones. No se ha visto a educadores sociales o deportivos difundir experiencias concretas. Estas han sido pocas, sin continuidad y con medios materiales y humanos muy escasos. Esta rápida descripción debe llevarnos a plantearnos y contestar la contradictoria pregunta de por qué siendo tales las ventajas del deporte en el campo de lo social, se usa tan poco.

Para responder a esta pregunta, hay que referirse a las dificultades de gestión que se dan en este campo. Para tener éxito, un programa de deporte e integración social reclama un esfuerzo importante de planificación. Los públicos a los que se dirige, los objetivos, la implicación de diferentes profesionales en su ejecución, y otros aspectos que se tratarán a continuación, confieren a estos programas una complejidad considerable. Para llevarlos a cabo se requiere, además de los medios citados anteriormente, una gran confianza en la idea y un apoyo político decidido.

Me gustaría resaltar aquí dos ideas importantes, la gran complejidad de este tipo de proyectos que hace necesario un importante esfuerzo de planificación, de recursos y de tiempo para implementarlos; y el apoyo decidido desde el ámbito político ya que estos proyectos al tener una larga duración necesitan compromisos entre partidos que se mantengan mas allá de una o dos legislaturas. También Balibrea (2010, pg.184), como expresa en la siguiente cita,

3.2. BENEFICIOS DEL DEPORTE

pone la atención sobre algunos de los problemas más importantes con los que se encuentra en la gestión de proyectos deportivos con finalidad social:

Se observan con demasiada frecuencia distintos grados de concreción en los objetivos planteados en las intervenciones: ...dispersión, superficialidad y una muy extendida creencia acrítica sobre los beneficios automáticos del deporte. El escaso desarrollo de esta temática en nuestro país y la limitada formación en materia deportiva aplicada al ámbito de la inserción, junto con una posible precipitación para conseguir financiación o sencillamente poder sacar la acción ante las situaciones de urgencia social, pueden ser razones explicativas sobre las que habrá que actuar para mejorar la eficacia de este tipo de iniciativas.

Evolucionar en las iniciativas implica definir objetivos claros y medibles que respondan a las necesidades detectadas en cada caso. En nuestra opinión, a grandes rasgos, el deporte como herramienta de intervención puede contribuir a oponer resistencia a los procesos exclusión social.

Ekholm (2016) cuestiona que el deporte sea un medio para resolver los objetivos sociales, pero explica que con muchas limitaciones podría ser beneficioso para la comunidad en cuanto a integración de personas excluidas, fomentar el desarrollo comunitario, útil para desviar a personas del camino de la delincuencia y para fomentar el desarrollo individual prosocial (comportamientos de carácter social y positivo). Según este autor, para que el deporte sea capaz de promover objetivos de índole social deben darse una serie de condiciones que no se encuentran de forma natural en las organizaciones que ofrecen servicios deportivos (club, federaciones, etc), haciendo referencia a las siguientes:

- No violencia
- Autocontrol
- Sentido de responsabilidad
- Poner poco énfasis en los elementos competitivos
- Establecimiento de reglas formales
- Énfasis en la motivación interna e individual
- Existencia de un plan de desarrollo claro que recoja medios y fines

Según este autor, lo que si tienen las organizaciones deportivas son el toque humano que produce el estar formadas por personal voluntario con ideales y valores morales provocando

un sentimiento de autenticidad en los deportistas, que es algo de lo que carecen todos los servicios públicos al estar sujetos a horarios, y normativa más estricta. Su propuesta es que los dos tipos de instituciones son claves para integrar los valores de la sociedad civil. Plantea que las organizaciones deportivas son las que tienen la fuerza para producir el cambio personal y los servicios sociales deberían centrarse en ser espacios apolíticos de inclusión que persigan activar y apoyar a la sociedad civil en la respuesta a sus problemas a través de activar el voluntariado y conseguir poner en contacto a asociaciones y empresas para que de forma conjunta sean motor de acciones de bienestar (modelo sueco de Bienestar).

Ekhholm sugiere que para utilizar el deporte como medio para responder a los problemas sociales es necesario tener en cuenta en cada persona tanto la individuación como la transferencia. Entendiendo la individuación como proceso de autorealización personal, y la transferencia, como la posibilidad de que los aprendizajes obtenidos a través del deporte, seas capaz de utilizarlos en otras esferas de la vida.

3.3. Modelo de Hellison

Uno de los modelos de trabajo con jóvenes que está consiguiendo en la actualidad mejores resultados es el Modelo de responsabilidad personal y social de Hellison. Este modelo fue creado para trabajar valores con jóvenes de entornos desfavorecidos. Se basa en que cada deportista debe ir superando de forma progresiva cinco niveles de responsabilidad. Cada nivel de responsabilidad lleva asociado una serie de estrategias y métodos específicos. Veamos de forma sintética los niveles de responsabilidad propuestos por Hellison (Sánchez-Alcaraz et al., 2016):

- **Nivel 0. Conductas y actitudes irresponsables.**
- **Nivel 1. Respeto por los derechos y sentimientos de los demás.** En este nivel se persigue crear una atmósfera de grupo segura donde se respete la forma de ser y las opiniones de los demás. Debe conseguirse el respeto al material, a las instalaciones y a las normas de convivencia, aspectos muy vinculados con el autocontrol.
- **Nivel 2. Participación y esfuerzo.** Se trabaja el no dejarse llevar por la pasividad y la derrota, ni por la presión de los compañeros. Se trabaja principalmente la auto-motivación, el intentar nuevas tareas, tener inquietud para persistir cuando las cosas se complican y realizar una definición personal de éxito.
- **Nivel 3. Autonomía personal.** Se busca fomentar la autonomía del adolescente trabajando la toma de decisiones y la planificación.

3.4. FUNCIÓN SOCIAL DEL DEPORTE

- **Nivel 4. Ayuda a los demás y liderazgo.** Se persigue que los participantes consigan respetar el punto de vista del otro siendo empáticos. También se trabaja el liderazgo para que sean capaces de ayudar a otros sin arrogancia y sin dogmatismo, ayudando sólo si otros precisan o quieren ayuda y fomentando sus comportamientos solidarios.
- **Nivel 5. Fuera del contexto deportivo.** Es buscar la aplicación de lo aprendido en otros contextos externos (transferencia) siendo individuos responsables. En palabras de Hellison, ser un modelo para los demás.

Según Sánchez-Alcaraz y col. (2016), Hellison divide cada sesión diaria en cuatro partes: toma de conciencia, responsabilidad de la acción, encuentro de grupo, evaluación y autoevaluación. En el modelo de Hellison son clave cuatro ideas:

- **Integración:** el educador debe enseñar responsabilidad sin separarla de los contenidos de la actividad física. Se trata de desarrollar buenas personas y no sólo buenos deportistas.
- **Transferencia:** el participante debe trasladar las conductas y valores adquiridos en la actividad a otros contextos.
- **Dar responsabilidad a los participantes:** el educador debe otorgar responsabilidad a sus alumnos permitiendo que entren en el proceso de toma de decisiones.
- **Relación entre educador y alumnos:** la mayoría de las interacciones están basadas sobre las relaciones personales de experiencia, honestidad, confianza y comunicación. Una vez establecida esta conexión, se abre un proceso de aprendizaje interactivo.

3.4. Función social del deporte

El deporte puede ser una herramienta muy útil para el Trabajo social, al menos para poner resistencia a los procesos de exclusión como afirma Balibrea. Para poder sacarle partido será necesario una profunda reflexión crítica de los conocimientos que tenemos, de la población con que vamos a trabajar, de los deportes que necesitamos utilizar y de lo que queremos conseguir. Cada deporte tiene unas características muy concretas que le hace potencialmente bueno para trabajar unas habilidades o valores y malo para otros (ejemplos: hockey paciencia y trabajo en equipo; la montaña compañerismo e interdependencia; ajedrez y tenis concentración, boxeo agresividad, etc). El aspecto importante es conseguir a través de las acciones que ejecutemos la transferencia de los aprendizajes a otros ámbitos en los que nos desarrollamos.

Hay que ser conscientes de las limitaciones de recursos que normalmente tenemos, de la temporalidad de los programas y de la limitación de nuestra formación en este ámbito donde

todo el conocimiento que tenemos adquirido hasta el momento es únicamente por vivencias personales. La formación desde las universidades aquí juegan un papel fundamental unido a su papel de profundizar en como desarrollar mejor esta tarea.

Todo esto nos tiene que servir para poder definir unos proyectos de intervención plausibles con objetivos medibles, y realizando un importante esfuerzo por avanzar en la concreción de indicadores y técnicas de medición. En este sentido, el modelo de Hellison puede ser un buen punto de partida para el trabajo de menores y adolescentes.

Paralelamente necesitamos incorporar a nuestras acciones una ética deportiva para no ser arrastrados por las numerosas presiones que esta ejerciendo la industria del deporte ampliada por los medios de comunicación por una excesiva espectacularización. Intereses que quedan reflejados en estas palabras de Juan Pablo II: (Bolaño, 2005)

Quando, en las competiciones deportivas, es la violencia la que importa, la injusticia, el fraude, la sed de victoria, las presiones económicas y política, las discriminaciones, entonces el deporte es relegado al rango de instrumento de la fuerza, del dinero. (pg.22)

Y por último, es necesario mantenernos alerta para no caer en mitificar las intervenciones deportivas que realizamos, quedándonos únicamente con su aspectos positivos hasta el punto de llegar a idealizar esta forma de trabajo. Cuando se produce esta situación nos estancamos impidiendo el desarrollo de un trabajo social de calidad.

Como veremos mas adelante, uno de los resultados obtenidos por el proyecto Vallecas Activa ha sido mejorar el bienestar de los ciudadanos al lograr conectarlos con la información y recursos del distrito. Esto les ha generado un valor que les permite tener más herramientas de decisión en lo que puedan necesitar a lo largo de su vida en su barrio (conocen recursos, genera red social, etc).

El bienestar de los ciudadanos no es algo que dependa de lo que las instituciones públicas puedan ofrecerles en un momento dado. Lo que le ofrecemos las instituciones tiene mas que ver con cubrir las necesidades básicas de la población, mientras que el bienestar de una persona tiene un componente subjetivo muy importante que esta unido a lo que uno busca en la vida. La forma de vida de un deportista de alta competición y de una monja de clausura no se parecen en nada, y sin embargo el bienestar que alcanzan ambos en su vida puede ser muy similar.

Otro logro de Vallecas Activa ha sido abrir el ámbito deportivo a sectores de población que normalmente no tienen ninguna vinculación con el deporte buscando sacar lo mejor de determinados grupos de riesgo sanitarios como son los obesos, los diabéticos y los que padecen riesgo cardiovascular, al igual que determinados grupos que habitualmente tienen excluida su realización como son las que pertenecen a minorías étnicas, discapacitados y pensionistas,

3.4. FUNCIÓN SOCIAL DEL DEPORTE

especialmente en la etapa de madurez personal. Y otro logro, quizás el más importante por su dificultad, ha sido conseguir la coordinación de los ámbitos sanitarios, social, educación y deporte en un distrito de Madrid, incluyendo tanto el nivel público como el privado.

Desde el trabajo social podemos desempeñar un papel importante como agentes de cambio en el ámbito de la salud y del deporte, incluyendo en nuestras actuaciones:

- El diseño y la implementación de nuevas políticas sociales con una visión integrada a nivel social, sanitario, educativo, deportivo, etc. Políticas mucho más flexibles e interdisciplinares.
- El fomento del deporte integrado en el estilo de vida, deporte no competitivo, que busque al igual que Hellison conseguir personas íntegras, responsables y con espíritu de colaboración ante su entorno inmediato.
- Abrir el acceso al deporte a todas las edades, no solamente a niños y jóvenes utilizando campañas de sensibilización, adaptando el espacio de las ciudades, creando instrumentos de formación. Las dificultades económicas no pueden ser un impedimento para realizar deporte.
- Políticas deportivas que persigan una función preventiva. Algunos cambios de perspectiva parecen comenzar a fraguarse como reflejan noticias como la de la figura 3.3 (paralizado posteriormente por la pandemia del COVID 19), pero aún se muestran insuficientes. Son necesarias políticas que permitan hacer deporte a padres e hijos a la misma vez, que se pueda hacer deporte en los espacios de trabajo, utilizar el deporte como medio de locomoción, que se facilite el acceso al deporte de la población con diversidad funcional y de la población excluida.

El deporte desde esta perspectiva puede servir para poner resistencia a procesos de exclusión, liberar el estrés, para aumentar la autoestima, para crear redes, para prevenir determinadas enfermedades (envejecimiento saludable), para evitar estados de soledad y estados de animo, etc.

Figura 3.3:
Noticia sobre recetar deporte.



Fuente: 20 minutos (30-1-2020).

Capítulo 4

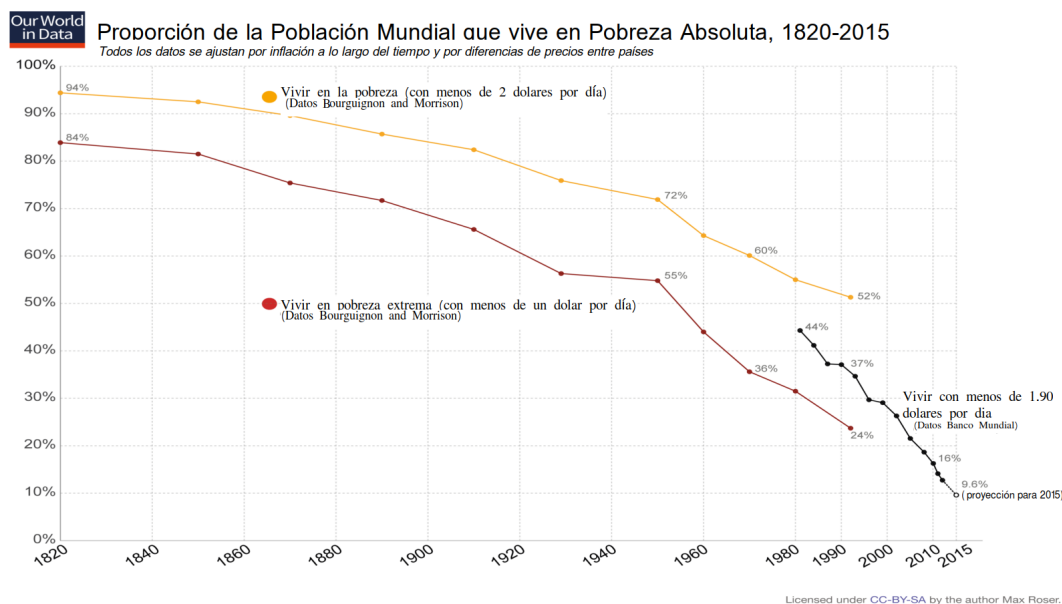
Trabajo social y salud de la población

Aunque en la actualidad los datos todavía son alarmantes, la extrema pobreza a nivel mundial lleva doscientos años reduciéndose a un ritmo como no se había conocido antes (ver fig. 4.1).

Desde hace cien años, las diferencias de vida entre unos países y otros cada vez eran mayores (tasas de mortalidad, esperanza de vida,...) lo que suponía una situación cada vez más inaceptable para la dignidad de las personas. Desde hace 50 años las diferencias son tan abismales que unido a un aumento de la sensibilidad social lleva a provocar una autentica revolución por preocuparse por la salud de la población mundial. En las figuras 4.2 y 4.3 se recogen los principales hitos ocurridos durante los últimos cincuenta años para promocionar la salud mundial.

En 1948 se aprueba la Declaración Universal de Derechos Humanos donde su artículo 25 reconoce que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud. Años más tarde, en 1974 Marc Lalonde nos muestra cuales son los elementos que influyen de forma poderosa sobre la salud de las personas. A partir de ese momento, a través de la OMS va a surgir el interés por proteger y promover la salud de la población mundial en grado máximo, tomando forma con la primera Conferencia Internacional de atención primaria en Alma-Ata (en esos años perteneciente a la URSS, y actualmente a Kazajistán). Unido a este interés, se va a intensificar el estudio sobre cuales son los factores que influyen e incluso llegan a determinar la salud de la población. Estas serán las cuestiones que se irán presentando a

Figura 4.1:
% Población Mundial que vive en Pobreza Extrema.



Fuente: Roser and Ortiz-Ospina (2013).

lo largo de este capítulo.

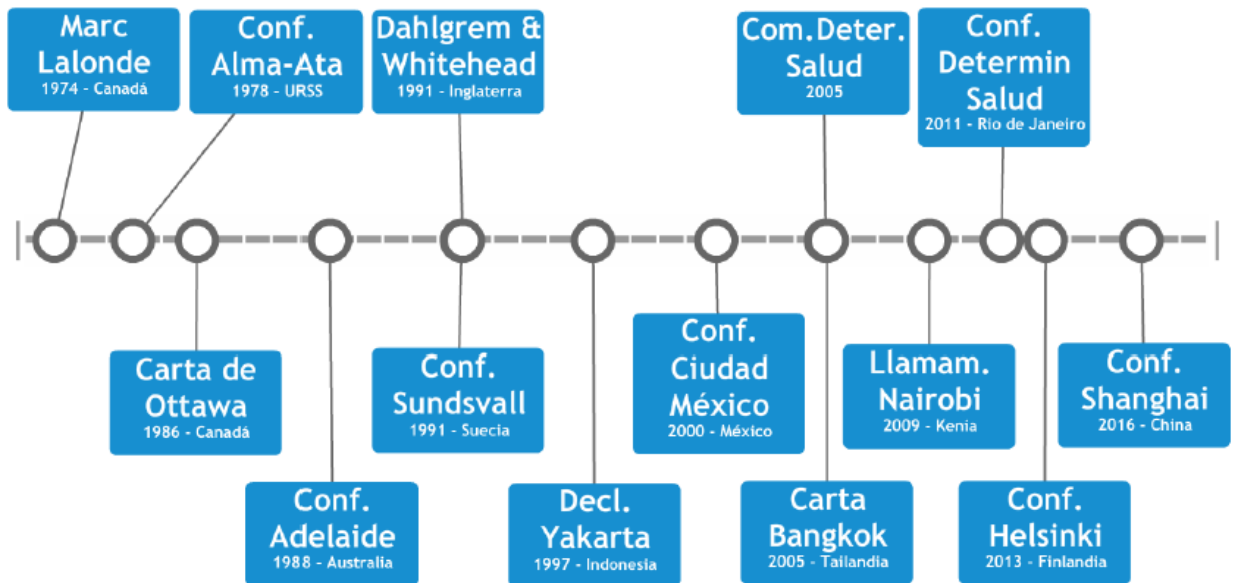
En 2018 el presidente del Banco Mundial expresó que «En los últimos 25 años, más de 1000 millones de personas lograron salir de la pobreza extrema, y actualmente la tasa mundial de pobreza es la más baja de que se tenga registro» (Yong Kim, 2018). Unos años antes, la Directora General de la OMS, Margaret Chan (2013) afirmó que conforme mejoran las condiciones de vida se están creando condiciones para favorecer el ascenso de las enfermedades no transmisibles debido al surgimiento de estilos de vida no saludables.

La pobreza extrema y la sociedad de la opulencia donde se dan todo tipo de estilos de vida no saludables son los dos extremos de un mismo camino donde el trabajo social comunitario tiene una labor fundamental en el proceso de apoyar transformación de la comunidad persiguiendo la mejora de la calidad de vida de la población mediante políticas públicas saludables y ante el aprendizaje para tener mayor control de la salud propia y ajena. Como nos adelanta la OMS, son tres los pilares o herramientas a poner en marcha para aumentar la calidad de vida de la población mundial: la buena gobernanza, mejorar los conocimientos sobre la salud y establecer ciudades saludables.

A continuación reflexionemos brevemente sobre la aportación que puede hacer el trabajo social comunitario a los tres pilares de promoción de la salud establecidos por la OMS. La participación de trabajadores sociales en el diseño de políticas públicas saludables y accesibles

Figura 4.2:

Línea del tiempo de los Principales Hitos sobre Promoción de la Salud



Fuente: Elaboración propia.

a toda la sociedad es un aspecto fundamental para fortalecer la gobernanza. Se puede apoyar la mejora de conocimientos y competencias sociales sobre salud, con nuestra participación en consejos de salud que persigan atajar los principales problemas sanitarios que tiene el barrio. Otra manera es a través de la creación de programas específicos sobre hábitos saludables en centros escolares y centros de servicios sociales en los que se involucren de forma activa centros deportivos y sanitarios del entorno. En cuanto al diseño de ciudades saludables preocupadas por el medioambiente y los estilos de vida sanos, es necesario incorporarse como municipio a la Red Española de Ciudades Saludables y participar de forma activa en la elaboración planes, programas y actividades municipales de salud.

A continuación pasemos a conocer que factores son los que determinan la salud de una población y cuales han sido las Conferencias Internacionales de promoción de la salud organizadas por la OMS hasta el momento presente.

Figura 4.3:
Principales Hitos sobre Promoción de la Salud

Items:

- **Marc Lalonde**
Identifica 4 elementos que influyen en la salud individual: Biología humana, Entorno, Estilo de vida y Cuidados de la salud.
- **Conf. Alma-Ata**
Plantea: Las igualdades son inaceptables, los gobiernos están obligados, participación del pueblo, solidaridad y la atención primaria es esencial.
- **Carta de Ottawa**
Para tener salud deben existir condiciones previas: Paz, educación, vivienda, alimentación, renta, estabilidad en el ecosistema, justicia social y equidad.
- **Conf. Adelaide**
Necesidad de crear políticas públicas de salud.
- **Conf. Sundsvall**
Que el entorno apoye a la salud en lugar de dañarla.
- **Dahlgren & Whitehead**
La salud es el resultado de interacciones entre: Factores personales; redes sociales y servicios esenciales; y condiciones socioeconómicas y culturales.
- **Decl. Yakarta**
Se establecen como prioridades: Promover la responsabilidad social, ampliar las inversiones, aumentar las alianzas, empoderar al ciudadano y consolidar las infraestructuras de salud.
- **Conf. Ciudad México**
Analiza estrategias realizadas de promoción de la salud.
- **Com.Deter. Salud**
El Informe plantea que se deben mejorar las condiciones de vida cotidianas; luchar contra la distribución desigual (poder, dinero, recurso); y medir y analizar el problema.
- **Carta Bangkok**
Aborda los factores determinantes de la salud, detectando factores sociales en gran parte de las desigualdades de salud.
- **Llamam. Nairobi**
Se establece un compromiso global y se elaboran unas estrategias para subsanar las deficiencias en salud.
- **Conf. Determin Salud**
Las condiciones en que nacemos, crecemos, vivimos, trabajamos y envejecemos son determinantes sociales de la salud: Educación, empleo, vivienda y medioambiente, salud.
- **Conf. Helsinki**
Salud en todas las políticas.
- **Conf. Shanghai**
Promover la salud, promover el desarrollo sostenible. Plantea como pilares de la salud. Buena gobernanza, ciudades saludables, y conocimientos sobre salud.

Fuente: Elaboración propia.

4.1. Factores que determinan la salud

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como «las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana». A continuación se presentan con una gradación temporal, los principales modelos de determinantes de la salud.

4.1.1. Marc Lalonde

Ministro de Salud canadiense, propuso en 1974 el documento de trabajo «*A new perspective on the health of Canadians*», en el que planteó que los servicios médicos no son los principales responsables de la mejora del estado de salud de una población, llegando a identificar cuatro elementos que influyen de forma poderosa en la salud de cada individuo (Lalonde, 1981).

- Human biology (Biología humana): Aspectos de la salud, tanto físicos como mentales, que tienen como consecuencia la biología básica del hombre y del organismo.
- Environment (Entorno): Son todos los asuntos externos al cuerpo, sobre los que no tenemos control, pero que afectan nuestra salud.
- Lifestyle (Estilo de vida): Son las decisiones individuales sobre las que tenemos control y que afectan a nuestra salud.
- Health care organization (Cuidados de la salud): Es lo que conocemos como sistema de atención sanitario.

Lalonde plantea que la inversión principal para aumentar la salud se centra en mejorar los cuidados de salud, sin embargo, al observar las principales causas de enfermedad y muerte en Canadá, encontró que eran debidas a la biología humana, al medioambiente y al estilo de vida.

4.1.2. Conferencia de Alma-Ata, URSS (Kazakhstan, 1978).

La OMS junto con UNIFEC patrocinaron la primera Conferencia Internacional de atención primaria de salud que persiguió proteger la salud de todas las personas del planeta. Participaron representantes de 134 países que buscaban adoptar medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo (actualmente están reconocidos 195 países por la ONU).

La declaración consta de 10 títulos no vinculantes para los países participantes. Los títulos de la Declaración se pueden resumir en: (OMS, 1978)

1. Se reitera en la definición de salud de la ONU estableciendo que «la salud [...] es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo SOCIAL sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.»

2. La grave desigualdad que existe entre los países en desarrollo y los desarrollados en cuanto al estado de salud de la población, es inaceptable.
3. Es fundamental establecer un nuevo orden económico internacional.
4. El pueblo debe participar en la planificación y aplicación de la salud.
5. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar de la salud de sus pueblos.
6. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial.
7. La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad. Presta servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
8. Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción para que la atención primaria de salud sea parte del sistema nacional de salud.
9. Debe existir solidaridad entre los países para garantizar la atención primaria de salud.
10. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000.

4.1.3. Dahlgren and Whitehead

Aportan un modelo en el que plantean que el estado de salud de una población es el resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales. Ponen en el centro los factores personales de cada individuo (edad, sexo, y factores hereditarios) que no son modificables, y en las siguientes capas añaden los niveles que interaccionan entre sí, que son; las conductas personales, las redes sociales y comunitarias, las condiciones personales de vida y de trabajo (Educación, casa, trabajo, sanidad, etc), y los cambios macroeconómicos ambientales y culturales. Según los autores, todas estas causas pueden ser modificadas mediante la acción política. Ver figura 4.4. (Dahlgren & Whitehead, 1991)

Años más tarde, los mismos autores, plantean que los determinantes de la salud pueden verse influidos por decisiones personales, comerciales o políticas, por lo que los clasifican en:

- Factores beneficiosos para la salud (ej: una vivienda digna o las buenas relaciones familiares).
- Factores de protección (ej: vacunas o dietas sanas).
- Factores o condiciones de riesgo (ej: estilo de vida o contaminación atmosférica).

Terminan proponiendo como clave para conseguir Salud para Todos, que los últimos sean los primeros (Dahlgren & Whitehead, 1991).

4.1. FACTORES QUE DETERMINAN LA SALUD

Figura 4.4:
Determinantes de la salud.



Fuente: Dahlgren and Whitehead (1991).

4.1.4. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

En el 2005, la OMS, preocupada por la cuestión, crea una comisión, la cuál tras tres años de intenso estudio emite su Informe final donde expone que:

La distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país. (OMS, 2008, pg.1)

Para atajar el problema, la Comisión aporta tres recomendaciones generales:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas de la población, formulando políticas de protección social.

2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

4.1.5. Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud

En octubre del 2011 la OMS convoca a los Jefes de Gobierno en Rio de Janeiro, en donde se concluye con la Declaración política sobre determinantes sociales de la salud. En ella, los representantes de los gobiernos afirman: (OMS, 2011)

- Reconocen que los gobiernos son responsables de la salud del pueblo y solo pueden cumplir con esta responsabilidad a través de medidas sanitarias y sociales apropiadas, y que deben contar con el apoyo de un entorno internacional adecuado.
- Reafirman que las desigualdades en salud dentro y entre países son políticas, social y económicamente inaceptables, así como injusto y en gran parte prevenible.
- Reafirman su voluntad de actuar para incidir en los determinantes sociales de la salud.
- Las desigualdades en salud tienen su origen en las condiciones sociales donde los individuos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; estas condiciones se denominan como determinantes sociales de la salud. Esto incluye experiencias tempranas de vida, educación, estatus económico, empleo y trabajo decente, vivienda y medio ambiente, y sistemas efectivos para la prevención y tratamiento de problemas de salud.
- Garantizar una buena salud requiere un sistema de salud de calidad, universal, integral, equitativo, eficiente, receptivo y accesible. También depende de la participación y el diálogo con otros sectores y actores.
- Reconocemos que hay que realizar más esfuerzos para tener más avances que persigan resolver la desigual distribución de los recursos en materia de salud.
- Las acciones sobre los determinantes sociales de la salud deben ser específicas para cada contexto, teniendo en cuenta los distintos sistemas sociales, culturales y económicos. El uso efectivo tiene algunas características comunes. Se proponen cinco áreas de acción esenciales para abordar las desigualdades en salud:
 - Adoptar una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo.
 - Fomentar la participación en la formulación y aplicación de las políticas.
 - Seguir reorientando el sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias.

4.2. TRABAJO SOCIAL Y GRADIENTE DE SALUD Y ENFERMEDAD

- Fortalecer la gobernanza y la colaboración en todo el mundo.
- Vigilar los progresos y reforzar la rendición de cuentas.

Para Juvinyà y Arroyo (2012) el enfoque de los determinantes sociales surge ante las limitaciones de los modelos anteriores que se dirigían a los riesgos para enfermar pero no tenían en cuenta los riesgos de la sociedad. Según estos autores, el Informe Black (Gran Bretaña, 1980), comentado más adelante, reconoce que la estructura social y económica de la población está íntimamente relacionada con su situación de bienestar. También plantean que los estados de salud son complejos y variables y que la medición de la salud de una población se realiza en función del concepto de salud que se adopte en un lugar, por un autor y en un momento concreto.

Para valorar el estado de salud, se puede utilizar como unidad de medida la salud percibida, ya que teóricamente ha sido reconocida por varios autores como una valoración sólida del estado de salud de una población, útil como indicador global de su nivel de salud, que refleja elementos tanto sociales como personales. (Juvinyà y Arroyo, 2012).

4.2. Trabajo Social y Gradiente de Salud y Enfermedad

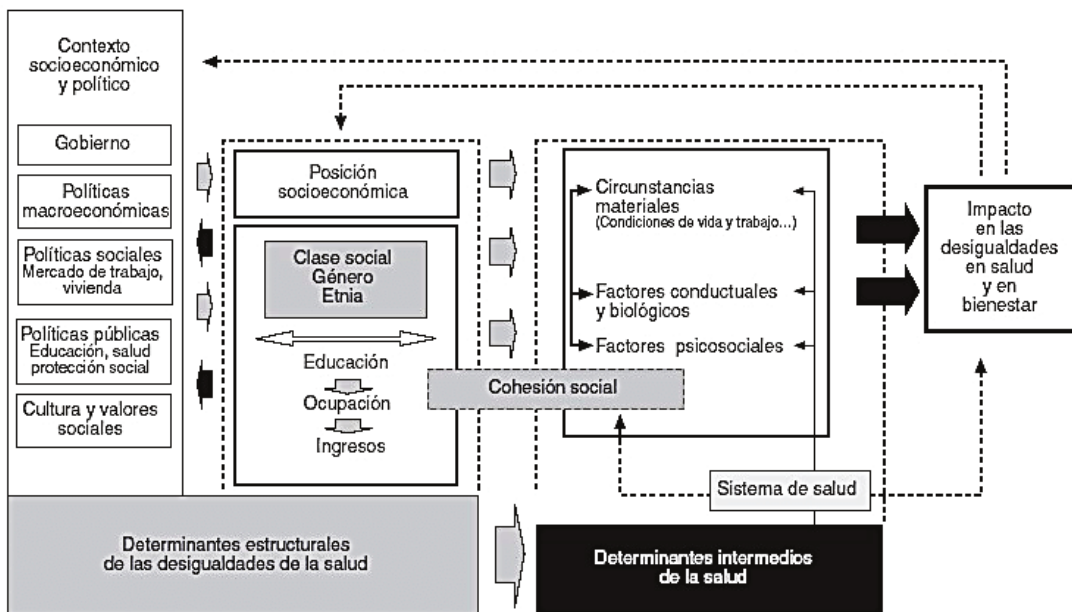
La Comisión de Determinantes de Salud (2007) expuso a través del modelo de Determinantes que las diferencias de salud son producidas socialmente. Indica la comisión que entre los factores contextuales que afectan más poderosamente a la salud se encuentran el estado de bienestar y sus políticas redistributivas (o la ausencia de tales políticas). El modelo propuesto, clasifica a los determinantes en dos tipos:

- *Determinantes estructurales*: Son aquellos que generan estratificación y división social de clases en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder prestigio y acceso a los recursos. El modelo los clasifica en los que definen el contexto socio-político, y los que determinan la posición socioeconómica.
- *Determinantes intermedios*: Son aquellos cuya influencia en la salud no es directa, sino el resultado de diversos factores intermedios.

En la figura 4.5 se presenta el modelo de forma detallada. En la columna de la izquierda agrupa los determinantes del contexto socioeconómico y político entre los que incluye la forma de gobierno y las políticas instauradas tanto a nivel macroeconómico, como social y de políticas públicas. Otorga un peso significativo a la cultura y a los valores sociales al recogerlos en este mismo apartado. En la columna central recoge los determinantes estructurales que

van a ser las variables que determinan como va a ser la estructura social de una sociedad. En primer lugar, recogen la posición socioeconómica. Otros determinantes estructurales son la clase social, la etnia y el género. Esta segunda columna termina expresando que el nivel de educación adquirido determina el trabajo que vas a tener y éste establece el nivel de ingresos. En la última columna, expresa otras circunstancias que influyen en la salud como son las circunstancias materiales (donde incluye las condiciones de vida y de trabajo), los factores biológicos y de comportamiento, y los factores psicosociales. El sistema de salud se le considera un factor intermediario relevante adicional.

Figura 4.5:
Marco Conceptual de los determinantes sociales de salud.



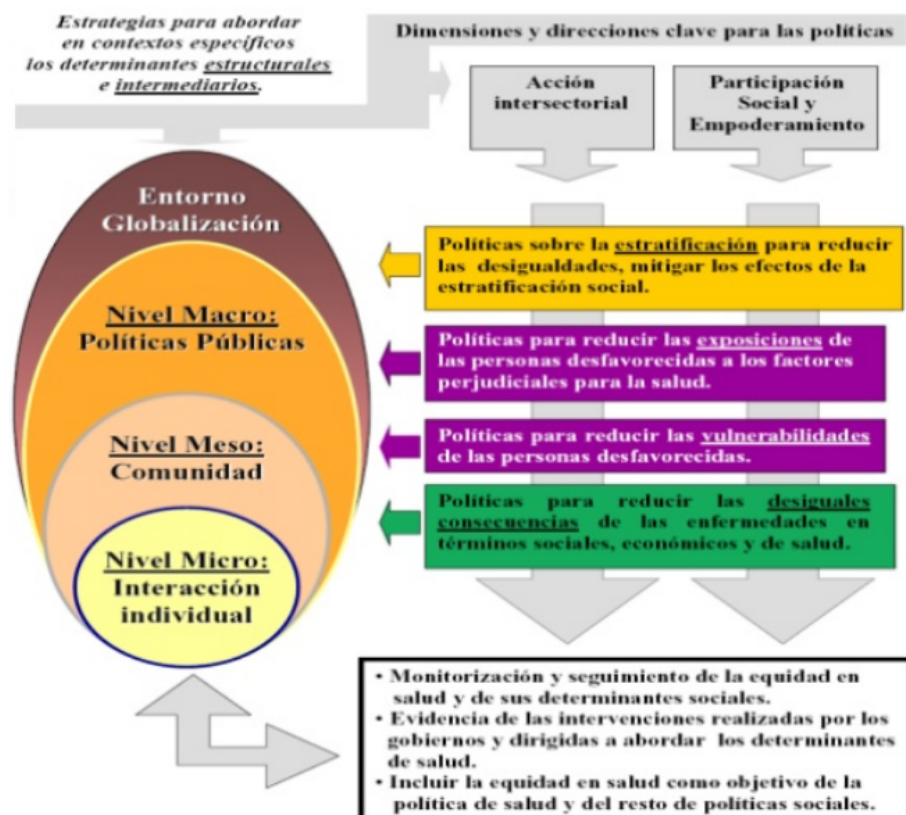
Fuente: Commission on social determinants of health (2007).

En el mismo documento la Comisión plantea estrategias de intervención (ver figura 4.6) para abordar de forma general los determinantes de la salud, éstas van acordes a los distintos niveles de acción, micro, mesa, macro y globalización. También plantea como ámbitos clave de intervención transversales a los distintos niveles de acción: la acción intersectorial, la participación social y el empoderamiento de la población. A su vez, todo el sistema tiene que monitorizar de forma constante el estado de salud de la población.

Según Sánchez Moreno et al. (2019), existen dos importantes documentos que han sido determinantes al estudiar las desigualdades sociales en salud. El Estudio Whitehall (Londres 1967-69 y 1985-88), por establecer una asociación entre clase social y riesgo de muerte por

Figura 4.6:

Marco abordar determinantes sociales de inequidades en salud.



Fuente: Commission on social determinants of health (2007).

enfermedad; y el Informe Black (Gran Bretaña, 1980), por llegar a establecer la existencia de un gradiente de clase en la distribución de la salud de una población. Dicha asociación se produce a cualquier edad que se realice el estudio, y se va reduciendo a medida que aumenta la edad. El informe Black aporta cuatro posibles explicaciones de porque existe un gradiente de clase en la distribución de la salud de una población:

- Problemas de medición, tanto de la desigualdad como la clase social al ser esta última una variable artificial. Según esta explicación, la asociación encontrada entre clase social y muerte por enfermedad sería una relación espuria, es decir, falsa, debido a la casualidad.
- Procesos de selección social (natural). Según estos, las personas con mejor salud y más aptas son las que ocuparían los mejores cargos de la sociedad.
- Por influir variables culturales, conductuales y psicosociales. Se están refiriendo a hábi-

tos existentes en los diferentes estilos de vida. Los autores encuentran dentro de esta explicación una asociación importante entre clase social y mortalidad que puede ser debida a la existencia de factores psicosociales.

- Condiciones materiales. Resaltan el rol que juegan las condiciones económicas y los factores socioestructurales en producir desigualdad en el ámbito de la salud.

Otros factores relacionados en los que también se ha comprobado que existe asociación entre cada uno de ellos y la salud de una población son los siguientes: desigualdad en los ingresos económicos, diferencias existentes en el nivel educativo, diferencias étnicas y sexo.

A continuación se exponen, las dos teorías contemporáneas que según Sánchez Moreno et al. (2019) están realizando avances más importantes respecto a la desigualdad en materia de salud:

- Perspectiva psicosociológica: Esta teoría explica las dificultades sociales en materia de salud, basándose en los conceptos de estrés y estilos de vida. Según esta perspectiva, los sujetos más vulnerables se encuentran con mayor frecuencia expuestos a situaciones más intensas (estresantes), y sus herramientas para afrontarlo son menores que en otros sujetos. Consideran que el estilo de vida son rutinas personales que están muy influidas por la clase social y el grupo de pertenencia, y que dependen de muchas variables como la edad, género, etnia, etc.
- Perspectiva material: Según esta, el grado de desigualdad en la distribución de los recursos socioeconómicos de una sociedad, pueden afectar a la esperanza de vida media de un país, por lo que plantean que cualquier reducción en la desigualdad de la distribución de ingresos generaría mejoras en todos los grupos socioeconómicos, teniendo un impacto mayor en el caso de los más desfavorecidos. Utilizan el estatus social como concepto clave para explicar las desigualdades de salud, afirmando que en los países del primer mundo, los ingresos están relacionados con la salud de la población, en función de la posición relativa ocupada en la estructura social.

Al gradiente social de salud y enfermedad, el trabajo social puede aportar el conocimiento de los casos más extremos ante problemas de género, de etnia, y de los casos con mayor índice de fracaso escolar o incluso el abandono de los estudios. En cuanto a otros condicionantes de la salud, la población que atendemos es muy vulnerable en el ámbito económico, por la precariedad en sus empleos y su bajo nivel de especialización que produce una alta inestabilidad laboral. Esta situación lleva a que con frecuencia presenten dificultades para mantener una vivienda digna de forma estable, sin impago de alquiler o de suministros. En estos condicionantes también influye mucho, a veces siendo causa y otras veces efecto, los

4.3. CONFERENCIAS INTERNACIONALES PROMOCIÓN DE LA SALUD

problemas biológicos y/o psicológicos que cada persona presenta. En resumen, se puede decir que podemos aportar la visión del conocimiento de la población que frecuenta los escalones más bajos de la escala socio-económica. Visión a tener muy presente ante el desarrollo de políticas públicas y políticas sociales. Un aspecto importante en el que tenemos que adquirir mayor formación para poder entender mejor la forma de funcionar de una sociedad, es aumentar el conocimiento de las teorías macroeconómicas.

Ante este escenario es necesario buscar políticas positivas, con visiones amplias, que no enfrenten ni dividan a la población, que empujen para arriba a la población más desfavorecida, y que persigan cosas positivas. Que se ubique en un diálogo interdisciplinario con afán de consenso, y que tenga como centro el individuo.

4.3. Conferencias Internacionales Promoción de la Salud

La promoción de la salud ocupa un espacio privilegiado en la agenda de la OMS, habiéndose llegado a organizar diez Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud, lo que nos da una idea de la importancia que le otorga este organismo. Motivo para preguntarse ¿qué es lo que la OMS entiende por promoción de la salud? (OMS, 2016a)

«La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación. La promoción de la salud consta de tres componentes esenciales:

- Buena gobernanza sanitaria.
- Educación sanitaria.
- Ciudades saludables.»

4.3.1. Ottawa (Canadá) - 1986.

Treinta y ocho países estuvieron representados en la primera conferencia de promoción de la salud realizada en Ottawa, donde se concluyó que para tener salud era necesario que existiesen como condiciones previas: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, un ecosistema estable, justicia social y equidad. Para promocionar la salud hay que dotar los medios necesarios y asegurar una igualdad de oportunidades, actuando desde los diferentes medios sociales como mediadores ante intereses antagónicos en el ámbito de la salud. Partiendo de

estas, los gobernantes participantes recogieron en la Carta de Ottawa (OMS, 1986) como áreas de intervención prioritaria para mejorar la salud de la población: (ver fig.4.7).

- *Creación de ambientes favorables:* Plantea que el trabajo y el ocio tienen que ser fuentes de salud para la población y de vida gratificante. Expresa como prioridades, proteger ambientes naturales y artificiales, y conservar los recursos naturales.
- *Desarrollo de las aptitudes personales:* A través de la información y la educación sanitaria, proporcionando los medios para que la población se prepare para las diferentes etapas de la vida, y afronte las enfermedades y lesiones crónicas.
- *Reorientación de los servicios sanitarios:* Por parte de todos los grupos responsables. El sector sanitario debe ser más sensible y respetar las necesidades culturales de los individuos y girar en torno a las necesidades del individuo como un todo. Plantea crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos. Da un peso importante a la investigación sanitaria.
- *Reforzamiento de la acción Comunitaria:* Basado en estrategias de participación y en desarrollo de la comunidad.
- *Elaboración de una política pública sana:* La salud debe formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos. Esta acción crea el entorno adecuado para que se puedan desarrollar correctamente las demás acciones enunciadas.

«El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud» (Carta de Ottawa, 1986, pg.4).

4.3.2. Adelaida (Australia) - 1988.

La conferencia contó con la participación de 42 países, e incidió en la necesidad de crear políticas públicas de salud en todos los ámbitos de la política y en responsabilizarse por el impacto que se provoca en la salud. Busca crear un ambiente de apoyo a las personas para llevar una vida sana. En especial, los sectores de agricultura, comercio, educación, industria y comunicaciones deben tener en cuenta la salud como un factor esencial a la hora de formular políticas (OMS, 1988). En la Conferencia identifican como áreas de intervención prioritaria:

- *Salud de las mujeres:* Reconoce que las mujeres son las primeras promotoras de la salud por lo que deben recibir un mayor reconocimiento y apoyo. Desde la Conferencia

Figura 4.7:
Carta de Ottawa



Fuente: OMS (1988).

se propone que se inicien políticas públicas a favor de las mujeres, incluyendo: participación igualitaria en el trabajo de cuidar a otros, partos basados en sus preferencias, y establecer mecanismos legales para apoyar a los que cuidan a otras personas.

- *Comida y nutrición:* Con el objetivo de eliminar el hambre y la malnutrición a través de políticas públicas que tengan en cuenta tanto el sistema de producción y distribución de los alimentos, como un sistema tributario adecuado y la puesta en marcha de subsidios que faciliten el acceso a alimentos saludables.
- *Alcohol y tabaco:* Expone los riesgos para la salud del alcohol y el tabaco y los ingentes beneficios económicos que los gobiernos obtienen por ellos. Se plantea la necesidad de poner en funcionamiento políticas públicas saludables que eviten la pérdida de vidas y enfermedades derivadas de éstos hábitos.
- *Creación de entornos propicios:* Realizando esfuerzos intersectoriales para considerar las condiciones de salud como requisitos a nivel industrial y agrícola. También establece como prioridad, la unión entre la salud pública y los movimientos ecológicos, para desarrollar estrategias socioeconómicas y de conservación de los recursos.
- *Desarrollo de nuevas alianzas de salud:* Con un enfoque que ponga en relieve la consulta

y la negociación, creando centros de distribución de información que promuevan las buenas prácticas de políticas públicas de salud.

- *Compromiso con la salud pública mundial:* El compromiso con la salud pública mundial dependerá de encontrar medios adecuados de cooperación internacional para actuar sobre los problemas que atraviesan las fronteras nacionales. Se contempla el apoyo a los países en desarrollo como el centro de todo el proceso.

4.3.3. Sundsvall (Suecia) - 1991.

En ella participaron representantes de 81 países. El camino perseguido fue que el entorno (medio físico, ambiente socioeconómico, entorno social económico y político) apoye a la salud en lugar de dañarla. Desde la Conferencia se realiza un llamamiento a la acción por considerar que la situación de salud mundial es inaceptable. Entre otras señalan como graves problemas que millones de personas viven en extrema pobreza; un número alarmante de personas sufren las consecuencias trágicas de los conflictos armados; el crecimiento demográfico acelerado amenaza seriamente las oportunidades de lograr un desarrollo durable; muchas personas viven sin vivienda, sin saneamiento y sin agua y alimentación adecuadas; millones de niños no tienen acceso a educación básica; las mujeres todavía sufren opresión (explotación sexual, laboral,...). En la Conferencia se pusieron de relieve cuatro dimensiones para crear entornos propicios para la salud:

- *Dimensión social:* Como las normas, costumbres y esquemas sociales influyen en la salud.
- *Dimensión política:* Suponiendo un compromiso en favor de los derechos humanos, la paz y la renuncia a la carrera armamentística.
- *Dimensión económica:* Redistribución de recursos a favor de la salud y tecnología segura y confiable.
- *Necesidad de reconocer y utilizar las competencias y conocimientos de las mujeres en todos los ámbitos:*

Se presentaron numerosos ejemplos para crear ambientes favorables a la salud, a partir de ellos se identificaron cuatro estrategias clave de acción de salud pública para promover la creación de estos entornos de apoyo a nivel comunitario: (OMS, 1991).

- Fortalecer la acción comunitaria, principalmente a través de grupos creados por mujeres.
- Permitir que las personas y comunidades tomen el control de su salud a través de la educación y el empoderamiento.

4.3. CONFERENCIAS INTERNACIONALES PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Crear alianzas que fortalezcan estrategias de salud y medioambiente.
- Mediar entre intereses en conflicto con el fin de garantizar un acceso equitativo a entornos propicios para la salud.

4.3.4. Jakarta (Indonesia) - 1997.

La Declaración de Yakarta fue la primera conferencia que se celebró en un país en vías de desarrollo, y la primera en que la iniciativa privada tuvo una participación activa. (OMS, 1997). En ella se acuerdan cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI.

- *Promover la responsabilidad social por la salud:* Apoya que las instancias decisorias tengan un firme compromiso por promover la salud.
- *Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud:* Con un enfoque multisectorial de aumentar los recursos en vivienda, educación y salud.
- *Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud:* Deben basarse en principios de ética acordados y de entendimiento y respeto mutuos, observando las directrices de la OMS.
- *Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo:* La promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé.
- *Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.*

Durante la conferencia se solicitó a la OMS que encabezara la creación de una alianza mundial para la promoción de la salud que buscara fomentar las prioridades de acción para la promoción de la salud expresadas en la declaración. Para ponerlo en funcionamiento la OMS debe conseguir la participación de los gobiernos, ONG's, bancos de desarrollo, organismos de las Naciones Unidas, órganos interregionales, entidades bilaterales, movimiento laboral, cooperativas y sector privado.

4.3.5. Ciudad de México - 2000.

Participaron unos 100 países, entre ellos hubo ministros, representantes de organismos de desarrollo, organizaciones no gubernamentales, sector privado y científicos. Se realizó un examen del aporte realizado por las estrategias de promoción de la salud para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven en circunstancias adversas (OMS, 2000) y estableció un compromiso para posicionar a la promoción de la salud como una estrategia fundamental en la agenda política y de desarrollo de los países.

CAPÍTULO 4. TRABAJO SOCIAL Y SALUD DE LA POBLACIÓN

En la conferencia salieron algunos temas clave como la reafirmación de la pertinencia de la promoción de la salud:

La promoción de la salud es un proceso orientado a que las personas tomen medidas. Por lo tanto, la promoción de la salud no es una intervención dirigida a las personas, sino algo que se hace con la gente, por la gente y para la gente, ya sea en forma individual o grupal. (pg.2)

La promoción de la salud continua siendo un conjunto importante de estrategias para abordar los factores que inciden en las desigualdades en materia de salud. La promoción de la salud tiene fundamento científico considerándose una disciplina integradora.

Es esta Conferencia se firmó una Declaración Ministerial para la promoción de la salud en la que:

- Reconocen que el grado máximo de salud que se pueda alcanzar, es un valioso recurso para el disfrute de la vida y es necesario para el desarrollo social y económico y la equidad.
- Consideran la promoción del desarrollo sanitario y social un deber primordial de los gobiernos.
- En los últimos años, gracias a los esfuerzos persistentes de gobiernos y sociedades, se han registrado importantes mejoras sanitarias y progresos de salud en muchos países del mundo.
- Aún persisten muchos problemas de salud que deben abordarse urgentemente.
- Somos conscientes que las enfermedades nuevas y reemergentes amenazan los progresos realizados en la salud.
- Es urgente abordar los determinantes sociales, económicos y medioambientales de la salud.
- La promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas en todos los países.
- Existen abundantes pruebas de que las buenas estrategias de promoción de la salud son eficaces.

Y a partir de lo expresado en el apartado anterior los Ministros de Salud suscriben de forma conjunta las siguientes acciones:

4.3. CONFERENCIAS INTERNACIONALES PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Situar a todos los niveles la promoción de la salud como prioridad fundamental en políticas y programas de salud.
- Ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores en medidas de promoción de la salud.
- Apoyar la preparación de planes de acción de ámbito nacional para la promoción de la salud.
- Establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud.
- Propugnar que los organismos de las Naciones Unidas se responsabilicen de los efectos en la salud de sus programas de desarrollo.

4.3.6. Bangkok (Tailandia) - 2005.

La Carta de Bangkok sirvió para establecer medidas, compromisos y promesas necesarias para abordar los factores que determinan la promoción de la salud en un mundo global (OMS, 2005). En esta Conferencia se establecieron que los siguientes factores tienen una influencia crítica en la salud: las desigualdades en los países y entre ellos, las nuevas formas de consumo y comunicación, las medidas de comercialización, los cambios ambientales mundiales y la urbanización. Para hacer frente a estos desafíos es necesario garantizar la coherencia de las políticas adoptadas. Para poner en funcionamiento estrategias de promoción de la salud se plantea que desde todos los ámbitos se deben tomar las siguientes medidas:

- Abogar por la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad.
- Invertir en políticas, medidas e infraestructura sostenibles.
- Crear capacidad para el desarrollo de políticas, liderazgo, prácticas de promoción de la salud, transferencia de conocimientos y la investigación, y la alfabetización sanitaria.
- Establecer leyes que garanticen protección frente a daños en igualdad de oportunidades para la salud.
- Establecer alianzas organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales, internacionales y sociedad civil para impulsar medidas sostenibles.

Entre los participantes en la Conferencia establecieron cuatro compromisos clave para lograr que la promoción de la salud sea:

- *Una pieza primordial de la agenda de desarrollo mundial*, para lo que se precisan realizar sólidos acuerdos intergubernamentales.

- *Una responsabilidad esencial de todo el gobierno.* Para ello, los gobiernos deben priorizar las inversiones de salud y ofrecer financiación para la promoción de la salud.
- *Un requisito de las buenas prácticas empresariales,* velando los empresarios por la salud de sus empleados, familias y comunidades.
- *Un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil,* pidiendo a sus gobiernos y sector privado que rindan cuentas de sus políticas, y ejerciendo su poder en el mercado dando preferencia a empresas con mayor nivel de responsabilidad social.

Tal y como expresó en su conferencia el presidente de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud:

No es inevitable que, en lo que respecta a la esperanza de vida, haya unas diferencias de 48 años entre los países y de 20 o más años dentro de los países. Crece sin cesar el número de investigaciones que detectan factores sociales en el origen de gran parte de esas desigualdades en salud. (Marmot, 2005)

4.3.7. Nairobi (Kenia) - 2009.

La promoción de la salud puede contribuir en gran medida al manejo de los desafíos actuales de desarrollo y equidad. Sin embargo existe una brecha de implementación resultando en un fracaso para llevar a cabo esta potencial política, práctica, gobernabilidad y voluntad política. Esto representa una oportunidad perdida, medida en enfermedades evitables y en sufrimiento como también en los impactos sociales y económicos más amplios. (OMS, 2009, pg.2).

Los participantes en la Conferencia solicitan a los Estados Miembros que autoricen a la OMS a desarrollar una Estrategia Global de Promoción de la Salud que incorpore intervenciones costoefectivas y equitativas . También solicitan fortalecer la capacidad interna de la OMS en promoción de la salud y ayudar a los Estados a desarrollar estructuras financieras sostenibles para inversiones en promoción de la salud. Y a difundir evidencia en relación a los beneficios sociales y económicos de promoción de la salud en los sectores claves.

El llamamiento de Nairobi, donde participaron más de 100 países, establece un compromiso global y define estrategias y acciones que deben cumplirse para subsanar las deficiencias en materia de salud. Agrupa las acciones a desarrollar en cinco estrategias clave:

- *Capacitación en promoción de la salud:* Para alcanzar esta estrategia proponen las siguientes acciones:

4.3. CONFERENCIAS INTERNACIONALES PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. Fortalecer el liderazgo mediante una buena gobernabilidad.
 2. Lograr una financiación estable y sostenible para la promoción de la salud.
 3. Aumentar las habilidades formativas de los profesionales y técnicos de la salud.
 4. Mejorar y ampliar la capacidad nacional de abordar la promoción de la salud mediante evaluaciones y métodos que aseguren la efectividad de las intervenciones.
 5. Mejorar el desempeño de la gestión mediante sistemas de información y a la vez mejorar los sistemas de vigilancia.
- *Fortalecimiento de los sistemas de salud:* Se persigue integrar la promoción de la salud en todas las funciones de los sistemas de salud y en todos los niveles, mediante:
 1. Un fortalecimiento del liderazgo mediante un trabajo intersectorial e interdisciplinar que asegure la participación comunitaria en la gobernabilidad de los sistemas de salud.
 2. Implementar una nueva política de promoción de la salud que apueste por la integración sistemática como un continuo en atención en salud y de otros servicios sociales y comunitarios durante todo el ciclo vital.
 3. Asegurar el acceso universal a los sistemas de salud.
 4. Construir y difundir una base de datos de evidencias sobre mejores prácticas en promoción de la salud.
 - *Alianzas y acción intersectorial:* Busca crear alianzas que van más allá del sector salud a través de:
 1. Fortalecer el liderazgo mediante metas y objetivos compartidos entre todos los sectores incluido el privado.
 2. Implementar una nueva política mediante la creación de una Alianza Africana de Promoción de la Salud que movilice recursos en la región.
 3. Mejorar la implementación mediante la adaptación de herramientas y mecanismos al contexto del país para crear oportunidades para la acción intersectorial en equidad en salud.
 4. Construir y aplicar la base de evidencias mediante el desarrollo de indicadores de equidad en los análisis, y a través de la identificación de factores críticos de las iniciativas exitosas.
 - *Empoderamiento comunitario:* Las comunidades deberán compartir el poder, los recursos y la toma de decisiones para asegurar y sostener las condiciones para la equidad en salud.

1. Se facilitará la propiedad comunitaria a través del reconocimiento y la apreciación de las culturas indígenas y los caminos tradicionales.
 2. Desarrollo de recursos sostenibles a través de mecanismos de financiación que aseguren respuestas coordinadas, integradas y holísticas a las metas determinadas por la comunidad.
 3. Construir la base de evidencias a través de narrativas, evidencias empíricas de éxito y lecciones aprendidas.
- *Alfabetismo y comportamiento en salud:* Las intervenciones de alfabetismo en salud deben diseñarse basadas en necesidades sociales, culturales y de salud.
1. Se apoyará el empoderamiento mediante la construcción de redes comunitarias que amplíen la participación comunitaria y el diseño de intervenciones de alfabetismo en salud basadas en las necesidades y prioridades comunitarias.
 2. Se adoptarán tecnologías de información y comunicación (TIC) capacitando a los profesionales de salud y las comunidades y maximizar el uso de estas herramientas.
 3. Se construirá y aplicará la base de evidencias a través de indicadores y herramientas de alfabetismo en salud basado en evidencias y constructos, realizando un monitoreo de los niveles alfabetismo en salud.

4.3.8. Helsinki (Finlandia) - 2013.

La conferencia en donde participaron 120 países mantuvo como principal tema «Health in All Policies» (HiAP). Se plantea la salud para todos como piedra angular para el desarrollo sostenible (OMS, 2013).

Las inequidades en salud entre y dentro de los países son inaceptables política, social y económicamente, además de injustas y evitables... la salud está determinada por muchas fuerzas poderosas, especialmente por los cambios demográficos, la rápida urbanización, el cambio climático y la globalización....En muchos países, los estilos de vida y entornos de vida y laborales están influidos por el avance sin freno de los mercados, y están sujetos a modelos de producción y patrones de consumo no sostenibles. (pg.2)

Las políticas diseñadas para facilitar a las personas llevar una vida sana tienen que hacer frente a oposiciones desde muchos lados. Muchas veces son cuestionadas por los intereses de potentes fuerzas económicas que se resisten a las regulaciones. Los intereses comerciales y el poder del mercado pueden afectar la capacidad de

4.3. CONFERENCIAS INTERNACIONALES PROMOCIÓN DE LA SALUD

los gobiernos y de los sistemas de salud para promover y proteger la salud, así como para responder a las necesidades de salud. (pg.2)

En la Conferencia de Helsinki se realiza un llamamiento a los gobiernos para que cumplan con sus obligaciones de salud a través de:

- Un compromiso de prioridad política sobre la salud y la equidad en salud.
- Que aseguren estructuras, procesos y recursos de salud en todas las políticas.
- Fortalecer la capacidad de los Ministerios de Salud.
- Crear capacitación institucional y habilidades para implementar salud en todas las políticas.
- Adoptar sistemas de auditoría y rendición de cuentas.
- Establecer medidas frente a los conflictos de intereses.
- Incluir en el proceso a las comunidades, movimientos sociales y sociedad civil.

En el discurso de apertura, la Directora General de la OMS, manifestó que «En lugar de que las enfermedades desaparezcan conforme mejoran las condiciones de vida, el progreso socioeconómico está en realidad creando las condiciones para favorecer el ascenso de las enfermedades no transmisibles (ej: cancer, diabetes, asma, obesidad,...)-. El crecimiento económico, la modernización, y la urbanización han abierto ampliamente el punto de entrada para la propagación de estilos de vida no saludables» (Chan, 2013, pg.2).

También comentó que «Otra tendencia alarmante, la desigualdad, entre y dentro de los países, en el nivel de ingresos, oportunidades, y consecuencias en la salud, es mayor ahora que en cualquier otro momento de estas últimas décadas. Cada vez más vivimos en un mundo de países ricos llenos de gente pobre y enferma» (Chan, 2013, pg.3).

4.3.9. Shanghai (China) - 2016.

En noviembre del 2016 ha sido celebrada en China la conferencia sobre salud con el eslogan «Promover la salud, promover el desarrollo sostenible: Salud para todos y todos para la salud.» Durante su desarrollo se refrendan dos importantes acuerdos: la Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud y El Consenso de Alcaldes sobre Ciudades Saludables. (OMS, 2016c).

4.3.9.1. Declaración de Shanghai

La declaración de Shanghai refleja la forma en que se debe entender y actuar en el ámbito de la salud, y recoge los compromisos adquiridos por los participantes:

1. *Reconocemos que la salud y el bienestar son fundamentales para el desarrollo sostenible.*

Reafirman que la salud es un derecho universal, un recurso esencial para la vida, un objetivo social compartido y una prioridad política para todos los países.

2. *Promoveremos la salud mediante la adopción de medidas encaminadas al cumplimiento de todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).*

Necesidad de adoptar medidas respecto a todos los determinantes de la salud, empoderar a las personas para que tengan un mayor control sobre su salud y velar para que los sistemas estén centrados en las personas.

3. *Adoptar decisiones políticas audaces en pro de la salud.*

La salud de las personas ya no se puede desligar de la salud del planeta, y el crecimiento económico por sí mismo no garantiza la mejora de la salud de una población. Priorizaremos la buena gobernanza, la acción local a través de ciudades y comunidades y el empoderamiento de las personas mediante la promoción de conocimientos sanitarios. Daremos precedencia a la salud de los más débiles.

4. *La buena gobernanza es esencial para la salud.*

Las políticas en pro de la salud y la justicia social benefician a toda la sociedad. La inversión en los determinantes de la salud tiene unos enormes beneficios potenciales. Los gobiernos tienen una responsabilidad fundamental en cuanto a abordar los efectos nocivos. Se adquirieron los siguientes compromisos:

- Políticas públicas de salud
- Reforzar la legislación y fiscalidad de los productos no saludables
- Aplicar políticas fiscales para posibilitar nuevas inversiones en salud
- Introducir la cobertura sanitaria universal
- Transparencia, responsabilidad social y participación amplia de la sociedad
- Cuestiones sanitarias transfronterizas
- Importancia de la medicina tradicional

5. *Las ciudades y las comunidades son entornos esenciales para la salud.*

4.3. CONFERENCIAS INTERNACIONALES PROMOCIÓN DE LA SALUD

La salud es el producto de la vida diaria. La salud es uno de los indicadores más eficaces de que una ciudad está experimentando un desarrollo sostenible. Compromisos adquiridos:

- Generar políticas que generen beneficios conjuntos para la salud y el bienestar
- Promover la equidad y la inclusión social mediante un fuerte compromiso comunitario
- Reorientar servicios sanitarios y sociales para optimizar el acceso equitativo y dar a las personas un papel preponderante

6. *Los conocimientos sanitarios empoderan y fomentan la equidad.*

Los conocimientos sanitarios empoderan a las personas y posibilitan su participación en iniciativas colectivas de promoción de la salud. Los conocimientos sanitarios deben ser parte integrante de los planes escolares. Se comprometen a:

- Los conocimientos sanitarios son un determinante fundamental de la salud en el que se debe invertir.
- Estrategias intersectoriales para reforzar los conocimientos sanitarios de todas las poblaciones y entornos educativos
- Aumentar el control de los ciudadanos sobre su propia salud
- Asegurarnos que los entornos de consumo promuevan elecciones saludables

7. *Llamamiento a la acción.*

Reconocen que la salud es una opción política, y hay que contrarrestar los intereses perjudiciales para la salud y eliminar los obstáculos al empoderamiento.

Como resumen gráfico y visual de los estilos de vida propuestos en la Conferencia, se establecieron una serie de infografías que muestran de forma vistosa la información más relevante. Ver figuras 4.8, 4.9 y 4.10.

4.3.9.2. Consenso de Alcaldes sobre Ciudades Saludables

Los alcaldes y los dirigentes locales podemos desempeñar una función esencial en el logro de todos los ODS. Como alcaldes, tenemos la responsabilidad de actuar colectivamente y en el ámbito local para lograr que nuestras ciudades sean inclusivas, seguras, resilientes, sostenibles y saludables. Estamos decididos a que nadie quede atrás: la ciudad pertenece a todos sus habitantes. La salud se forja en el ámbito local, en los entornos de la vida cotidiana, en los barrios y comunidades

Figura 4.8:
Pilares para la promoción de la salud.



Fuente: OMS (2016).

Figura 4.9:
Consejos para gozar de buena salud.



Fuente: OMS (2016).

Figura 4.10:
Objetivos de Desarrollo sostenible.



Fuente: OMS (2016).

4.3. CONFERENCIAS INTERNACIONALES PROMOCIÓN DE LA SALUD

en los que personas de todas las edades viven, aman, trabajan, estudian y juegan. La salud para todos no es posible sin liderazgo en el plano local y el compromiso de los ciudadanos. La buena salud de sus ciudadanos es una de las señales más contundentes e inequívocas de que una ciudad ha logrado un desarrollo sostenible. Por ello, la salud debe ocupar un lugar central en los programas de todos los alcaldes. (OMS, 2016b, pg.1)

Los alcaldes se comprometen con una gobernanza a favor de la salud, quedando recogida en los siguientes principios de gobernanza:

- Integrar la salud como consideración fundamental en todas las políticas.
- Abordar todos los determinantes de salud (sociales, económicos y ambientales)
- Promover una participación firme de la comunidad.
- Reorientar los servicios sanitarios y sociales hacia la equidad.
- Evaluar y vigilar el bienestar, la carga de movilidad y los determinantes de la salud.

Para conseguir una ciudad saludable es necesario un enfoque integral, motivo por el cual plantean diez ámbitos de actuación prioritarios:

1. Atender las necesidades básicas de todos nuestros habitantes (educación, vivienda, empleo y seguridad).
2. Eliminar la contaminación del aire, el agua y el suelo en nuestras ciudades, y luchar contra el cambio climático para que nuestras industrias y ciudades sean respetuosas con el medio ambiente.
3. Invertiremos en nuestros niños, dando prioridad a su desarrollo.
4. Entornos seguros para las mujeres y las niñas, protegiéndolas especialmente del acoso y la violencia de género.
5. Salud y la calidad de vida de la población pobre de zonas urbanas, habitantes de barrios marginales y asentamientos informales, y los migrantes y refugiados.
6. Combatiremos las diferentes formas de discriminación.
7. Protegeremos nuestras ciudades contra las enfermedades infecciosas.
8. Promover la movilidad urbana sostenible, desplazamientos a pie y la actividad física.

9. Políticas sobre la inocuidad y sostenibilidad de los alimentos, potenciando el acceso a alimentos saludables.
10. Entornos libres de humo.

4.3.10. Ginebra (Suiza) - 2021.

Hace menos de un año, se ha celebrado en Suiza, de forma presencial y virtual, la décima Conferencia Mundial de promoción de la Salud. En esta conferencia se buscó la forma de crear «sociedades del bienestar» sostenibles. Durante la conferencia se acuerda la Carta de Ginebra para el bienestar (OMS, 2021), que persigue lograr resultados sociales y sanitarios en la actualidad, que sean mantenibles para las generaciones venideras. Para ponerlo en funcionamiento plantean como fundamentos del bienestar aplicar políticas y enfoques transformadores basados en:

- Visión positiva de la salud física, mental, espiritual y social.
- Principios de derechos humanos, justicia social y ambiental, solidaridad, igualdad de género e intergeneracional, y paz.
- Bajos niveles de emisión de carbono, respeto entre seres humanos y a la naturaleza.
- Nuevos indicadores que tengan en cuenta el bienestar humano y planetario.
- Promoción de la salud en el empoderamiento, la inclusión, la equidad y la participación significativa.

Para conseguirlo se ve necesario trabajar de forma coordinada en cinco ámbitos:

- *Valorar, respetar, y nutrir el planeta tierra y sus ecosistemas:* Perseguir una economía con emisiones bajas de carbono, energía limpia, incremento de la biodiversidad, reducir la contaminación, cuidar la naturaleza y los recursos naturales, y promover una alimentación saludable.
- *Diseñar una economía equitativa que sirva al desarrollo humano dentro de los límites ecológicos locales y planetarios:* Garantizando el empleo decente, el comercio justo, los sistemas de protección social, la economía circular, la prevención y reducción de enfermedades, y la regulación de la industria digital y armamentística.
- *Elaborar políticas públicas de salud propicias para el bien común:* Los gobiernos tienen que responder de sus actuaciones ante el pueblo. Existe compromiso por conseguir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y una distribución justa de los recursos.

4.4. SÍNTESIS

- *Lograr la cobertura universal de salud:* Considerando una inversión el gasto realizado en salud, se considera prioritario invertir en atención primaria, en promoción de la salud y en mejorar los servicios preventivos. Dos aspectos a los que se da mucha prioridad, es al bienestar mental de la sociedad y la inversión en la próxima generación.
- *Abordar los efectos de la transformación digital:* Utilizando los efectos positivos que ofrece la tecnología a la vez que se contrarresta el perjuicio que puede ocasionar.

4.4. Síntesis

Resumiendo, aunque la pobreza extrema a nivel mundial lleva tiempo reduciéndose, esta no ha disminuido de igual forma en los distintos países, lo que ha producido diferencias cada vez mayores entre países respecto a las condiciones de vida de sus habitantes. Diferencias tan abismales que con el paso del tiempo se ha visto que son imposibles de justificar. Esta situación, unida a la finalización de la Segunda Guerra Mundial, provocó un momento histórico de mayor sensibilidad por estas cuestiones, desembocando desde hace 50 años un movimiento mundial por estudiarlo a fondo, a la vez que se buscan alternativas que permitan disminuir la brecha de desigualdades de salud existente entre países.

El primer hito fundamental se produce en 1948 recogiendo en la Declaración Universal de los Derechos Humanos la salud como un derecho fundamental. Treinta años después, se determina en la conferencia de Alma-Ata que la grave desigualdad de nivel de salud que existe entre países se considera inaceptable. Tienen que pasar otros treinta años más, para que la Comisión de determinantes de salud creada por la OMS concluya explicando en su informe que las diferencias de salud a nivel mundial no son producidas por ningún fenómeno natural, si no por una mala gestión política y por arreglos económicos injustos. Por un lado tenemos una mayor sensibilidad por determinadas cuestiones sociales que basadas en planteamientos éticos o de valores tratan de mejorar la salud y la vida comunitaria en el planeta; y por otro lado tenemos al poder y a los intereses personales y económicos disfrazados con cualquier pretexto, que ejemplo más gráfico de lo que es una comunidad y cuales son sus reglas de funcionamiento; en este caso de la comunidad mundial. Según la comisión de Determinantes de la salud, uno de los factores que más contribuye a la salud de las personas de un territorio son las políticas redistributivas generadas a través de un Estado de Bienestar. Las políticas redistributivas tienen la importante misión de empoderar a los más débiles, hacerlos dueños de sus actos y tomar sus propias decisiones. Una de las cuestiones más importantes para cualquier persona, es su salud y la de sus allegados, por eso las políticas redistributivas tienen tanta relevancia en este contexto.

En los años 70 y 80 se llegó a determinar la existencia de asociación entre clase social y riesgo de muerte por enfermedad, también se determinó que existía un gradiente de clase en la distribución de la salud de una población. Entre las teorías más interesantes que tratan de explicar ambas cuestiones, destacan la perspectiva psicosociológica y la perspectiva material. La primera trata de explicarlo a través de los conceptos de estrés y estilos de vida, centrándose en como afectan los acontecimientos más estresantes a los sujetos con menos herramientas, los más vulnerables. La perspectiva material, se centra en como afectan los recursos que una sociedad pone a disposición de los ciudadanos, a la esperanza de vida de la población. En mi opinión son teorías complementarias que en conjunto sirven para explicar de forma bastante certera la desigualdad existente en el ámbito de la salud. Actualmente se habla de la existencia de un gradiente social no solo de salud, si no también de enfermedad.

Una cuestión no baladí, es el como evitar o al menos disminuir los efectos de las cuestiones anteriormente expresadas que están siendo determinantes para la salud de la población. En el último apartado se han mostrado las diferentes soluciones que se han ido acordando mediante las conferencias internacionales de promoción de la salud organizadas por la OMS durante los últimos 40 años. La OMS basa la promoción de la salud en tres elementos que considera fundamentales: buena gobernanza sanitaria, educación sanitaria y las ciudades saludables. La primera conferencia fué realizada en 1986 en Ottawa donde se vió que para tener salud debían existir, al menos, una serie de condiciones mínimas con anterioridad, como son: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia social y equidad. En esta primera conferencia también se definieron las áreas en que había de trabajar de forma prioritaria: crear ambientes favorables (refiriéndose tanto a proteger los naturales como a crear ambientes sociales artificiales), educación sanitaria (que ayude a estar preparado ante las diferentes etapas de la vida), investigación sanitaria y reorganización de los servicios sanitarios, el desarrollo de la comunidad, y la elaboración de políticas públicas saludables. Todas estas áreas son las que de una forma u otra se han ido desarrollando y profundizando en ellas a través de las siguientes conferencias internacionales. En 2013, en la conferencia de Helsinki, la Directora de la OMS expuso que además de ser cada vez mayor la desigualdad entre países, cada vez también existía mayor desigualdad en el interior de los países. También destacar dos hitos importantes que se han producido en la conferencia de Salud celebrada en 2016, en Shanghai. El primero es que a través de la declaración de Shanghai se promueve el fomento de la salud mundial a través de perseguir que se lleven a término los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), promulgados un año antes por la OMS en su resolución 70/1. El segundo es la importancia de haber realizado por primera vez un llamamiento a alcaldes de ciudades para trabajar la promoción de la salud, consiguiendo concretar un enfoque integral de acciones saludables para desarrollar en la esfera local. Por último, en la conferencia celebrada

4.4. SÍNTESIS

hace menos de un año en Ginebra se ha puesto al bienestar de las personas como aspecto central para medir el progreso de la humanidad, urgiendo a crear sociedades de bienestar sostenibles para las próximas generaciones.

Una vez expuestos los antecedentes teóricos del trabajo social comunitario, del deporte como herramienta de trabajo social, y una vez expuesto el gran desarrollo y evolución que está teniendo el ámbito de la salud a nivel mundial, es el momento de presentar en el siguiente apartado, el contexto de estudio. En él, primeramente nos detendremos en dar a conocer la evolución de la situación sociodemográfica del distrito de Puente de Vallecas en los últimos veinte años. Presentamos el análisis de este distrito por ser donde va a nacer e implementarse el Programa Vallecas Activa, que presentaremos a continuación. Vallecas Activa es un programa de trabajo comunitario que persigue mejorar la calidad de vida de la población residente en Puente de Vallecas, el cual será analizado como parte de esta tesis.

Parte III

CONTEXTO DE ESTUDIO

Capítulo 5

Datos sociodemográficos de Puente de Vallecas

5.1. Introducción

El estudio se desarrolla en Puente de Vallecas, por ser donde surge el proyecto Vallecas Activa, concretamente en el barrio de Entrevías. Puente de Vallecas es el cuarto distrito más poblado de la ciudad de Madrid, cuenta con una superficie de 1.496,86 hectareas y 239.057 habitantes lo que provoca una densidad de 160 habitantes por hectarea. Esta formado por seis barrios que se pueden observar graficamente en la figura 5.1. La edad promedio aumenta con el paso del tiempo, situándose en el momento actual en los 43,23 años. Presenta un 13,56 % de población menor de 16 años y un 17,45 % mayor de 65 años. El crecimiento vegetativo del distrito se sitúa en el -3,41 por cada mil habitantes, tres décimas superior al crecimiento vegetativo de la ciudad. El tamaño medio de los hogares ronda las 2,68 personas, muy similar al tamaño que presentan los hogares del resto de la ciudad. El distrito cuenta con un 30,49 % de población nacida fuera de España. (Ayto. de Madrid, 2021b).

Como indican repetidos estudios de Madrid Salud sobre la ciudad, el distrito de Puente de Vallecas se encuentra entre los distritos con peores indicadores de salud y factores condicionantes de la capital. Hace quince años, ya Díaz Olalla y Esteban Peña (2008, pg.370) lo describían de la siguiente forma:

Distrito joven, con una cantidad de extranjeros en el promedio de la ciudad y una tasa de embarazo adolescente elevada. Es el distrito con el peor indicador de

Figura 5.1:
Mapa Puente de Vallecas por barrios.



Fuente: Ayto. de Madrid (2021).

renta de la ciudad, y presenta otros indicadores socioeconómicos (tasa de paro, carencias educativas), también precarios. La proporción de personas que toman medicamentos o que llevan una vida sedentaria es significativamente alta.

La esperanza de vida también está en el grupo de las más atrasadas, existiendo una situación correspondiente muy llamativa de exceso significativo en el riesgo de morir y en la mortalidad prematura. El exceso de morir por causa infecciosa tiene su explicación, al menos en parte, por el exceso de mortalidad por SIDA en hombres. La mortalidad por enfermedades respiratorias también es llamativa como se verifica en otros distritos de esta zona de la ciudad.

A pesar de una mayor prevalencia de sobrepeso, de personas con padecimientos crónicos en general, discapacitados y personas con probable trastorno psíquico, ninguna de estas diferencias alcanza el rango de significación estadística. A pesar de esto el panorama de la morbilidad estudiada es también significativa. En resu-

5.2. DEMOGRAFÍA

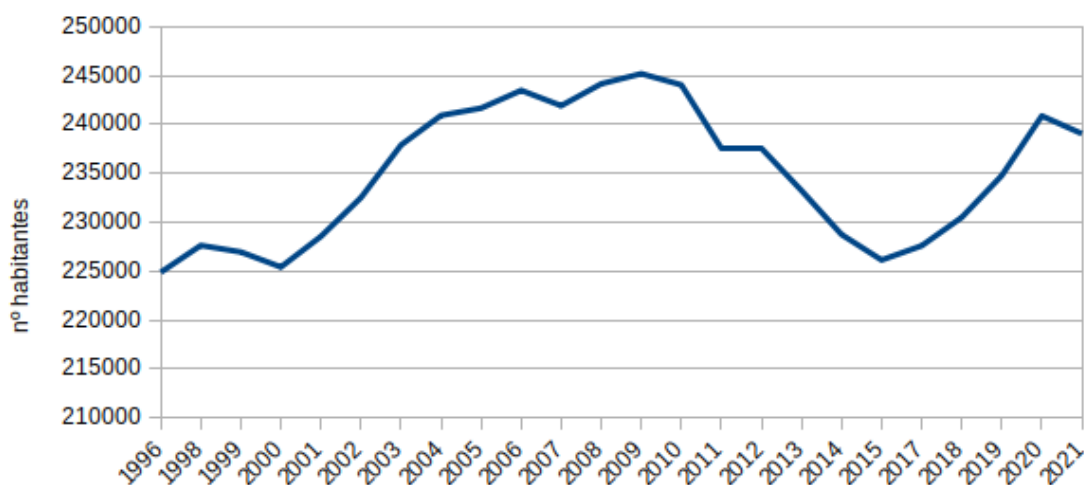
men, se trata de un distrito con deficiencias sociales y económicas relativas que se traducen muy claramente en su nivel de salud, que medido tanto por la mortalidad como por la morbilidad resulta mejorable, por lo que requeriría atención socio-sanitaria prioritaria.

5.2. Demografía

En los últimos años el distrito ha recuperado de forma vertiginosa prácticamente toda su masa poblacional de años precedentes, truncada los dos últimos años por efectos de la pandemia producida por el covid 19. A pesar de este estancamiento, se considera probable que continúe nuevamente la tendencia ascendente en años venideros (ver fig.5.2).

Figura 5.2:

Evolución de la población de Puente de Vallecas (1996 - 2021).

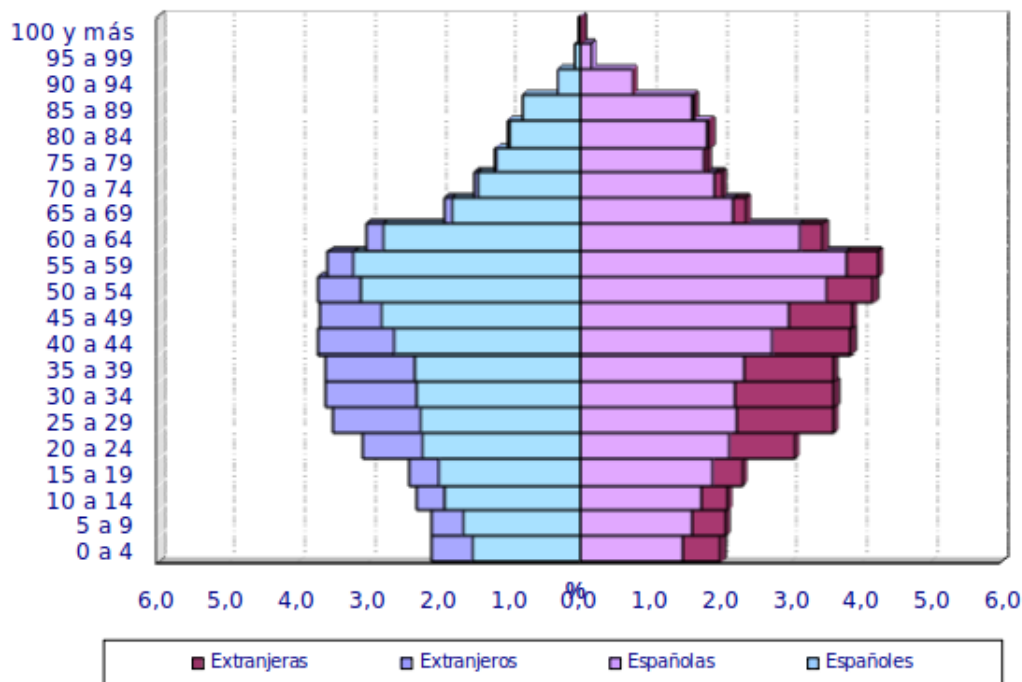


Fuente: Elaboración propia.

En Puente de Vallecas encontramos una pirámide de población regresiva (ver fig.5.3), típica de países desarrollados, caracterizada por una alta esperanza de vida y en la que no se garantiza el relevo generacional. En ella se observa una distribución desigual de los sexos con un claro predominio del femenino a partir de los 50 años.

De la población residente en España, un 15,5% ha nacido en el extranjero. En el caso de Puente Vallecas este porcentaje asciende hasta el 30,49% del total de población residente en el distrito. En la figura 5.4 se ha representado el lugar de procedencia de la población nacida en el extranjero que reside en el distrito, en función, de las áreas geográficas económicas de origen. Destacar que la población mayoritaria, el 63%, tiene su procedencia en América

Figura 5.3:
Piramide de población de Puente de Vallecas (2021).



Fuente: Ayto. de Madrid (2021).

Latina, siendo los países con mayor representación: Ecuador, Perú y Venezuela, República Dominicana y Colombia (Ayto. de Madrid, 2021c).

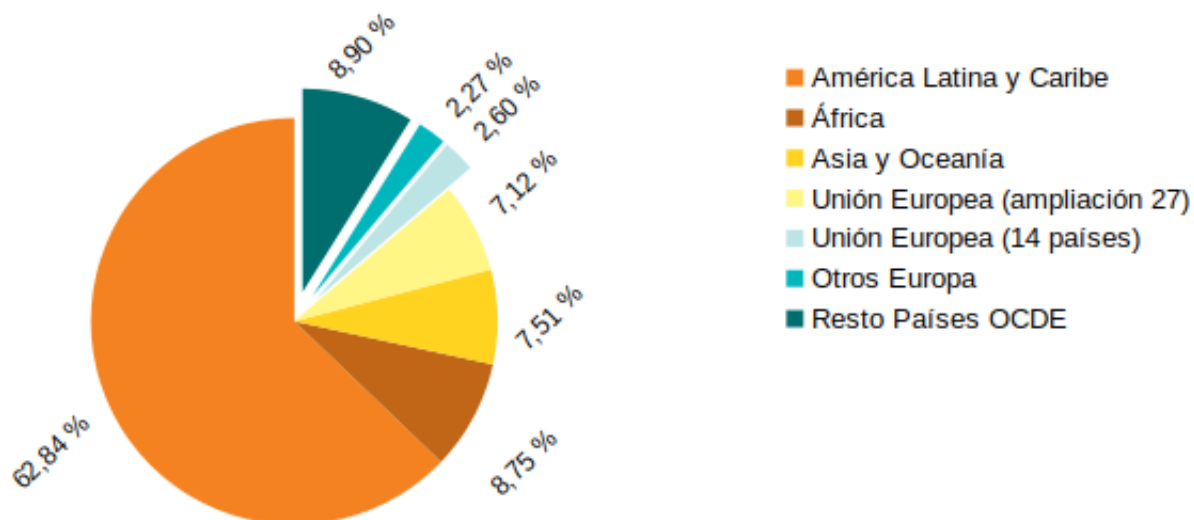
En el distrito existen un total de 89.291 hogares, y en la figura 5.5 se presenta el porcentaje de éstos que presentan mayor posibilidad de vulnerabilidad ya sea por ser personas mayores de 65 años que viven solas, o por estar formados por familias monoparentales.

5.3. Indicadores socioeconómicos

El 27,4 % de los vecinos con más de 25 años, no cuentan con estudios o no finalizaron la educación primaria, 12 puntos por encima de la media de la ciudad. Únicamente el 10,6 % de los vecinos poseen estudios superiores, en el caso de la ciudad de Madrid, este porcentaje se eleva hasta el 30 %. Como indicador económico del distrito nos fijamos en los 25.527 euros de renta neta media anual de los hogares que es casi la mitad de la renta que mantienen los hogares de la ciudad (40.195 euros). Durante los años 2008 a 2017 la renta bruta per cápita del distrito disminuyó 218,4 euros (-1,3 %); en el mismo periodo, la renta bruta per capita de

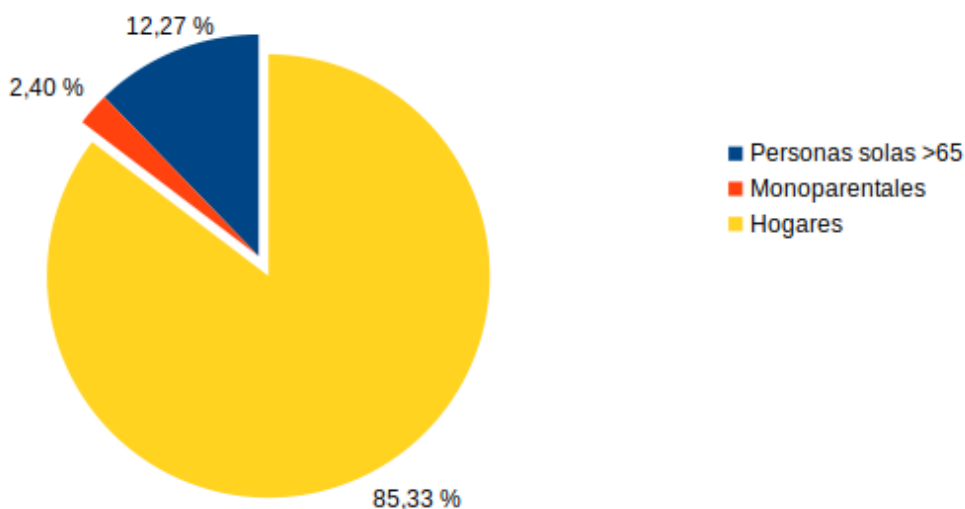
5.3. INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

Figura 5.4:
Población extranjera de Puente de Vallecas (2021).



Fuente: Elaboración propia.

Figura 5.5:
Estructura de los hogares de Puente de Vallecas (2021).



Fuente: Elaboración propia.

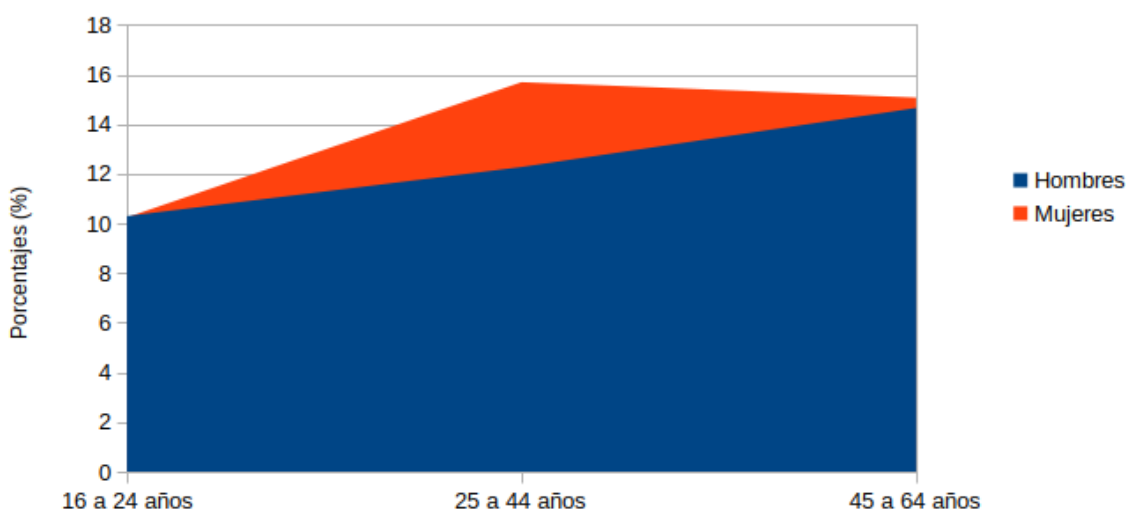
la ciudad, aumentó 1.241 euros (5,7%). Con estos indicadores es de esperar que el riesgo de exclusión social de la población del distrito sea alto. Se ha indagado para medirlo mediante la Tasa AROPE, pero no se han encontrado datos con este nivel de desagregación. A nivel

de ciudad, el riesgo de pobreza o exclusión social en Madrid se sitúa en el 26,2% (Ayto. de Madrid, 2021a).

La tasa absoluta de paro registrado en el distrito ascendía en febrero de 2021 a un 13,83%, mientras que en la ciudad el paro se situaba en el 9,7%. En la figura 5.6 se aprecia la distribución del desempleo por sexo en función de la edad que presentan. La diferencia más significativa se produce en la franja de los 25 a los 44 años donde el desempleo femenino supera al masculino en más de tres puntos porcentuales.

Figura 5.6:

Tasa absoluta desempleo registrado SEPE -Puente de Vallecas (2021).



Fuente: Elaboración propia.

5.4. Información sanitaria

Puente de Vallecas posee una población de 240.000 ciudadanos, para los que el distrito cuenta con las siguientes infraestructuras sanitarias: 11 centros de atención primaria, 3 centros de especialidades, 1 centro municipal de salud, y 1 hospital compartido con el distrito de Villa de Vallecas. En el distrito también se encuentra el Centro de Recuperación de Personas con Discapacidad Física y, el centro de salud mental Puente de Vallecas. En los cuadros 5.1 y 5.2 se presentan los recursos sanitarios existentes de forma más detallada.

La atención primaria del distrito ronda los 22.000 habitantes por centro de salud, una ratio similar a la mayoría de los barrios de Madrid. En la figura 5.7 se han marcado los límites del distrito Puente Vallecas, para facilitar la comparación visual de la atención sanitaria respecto

5.4. INFORMACIÓN SANITARIA

Cuadro 5.1:

Centros de Atención Primaria en Puente de Vallecas.

Centros	Ubicación
Alcalá de Guadaira	Alcalá de Guadaira, 4
Ángela Uriarte	Candilejas, 66
Buenos Aires	Pío Felipe, 26
Campo de la Paloma	Villalobos, 14
Entrevías	Pedroches, 4
Federica Montseny	Av. de la Albufera, 285
José María Llanos	Cabo Machichaco, 62
Martínez de la Riva	Martínez de la Riva, 55-57
Numancia	Puerto de Cotos, 2
Rafael Alberti	San Claudio, 154
Vicente Soldevilla	Sierra de Alquife, 8

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 5.2:

Otros Centros Sanitarios en Puente de Vallecas.

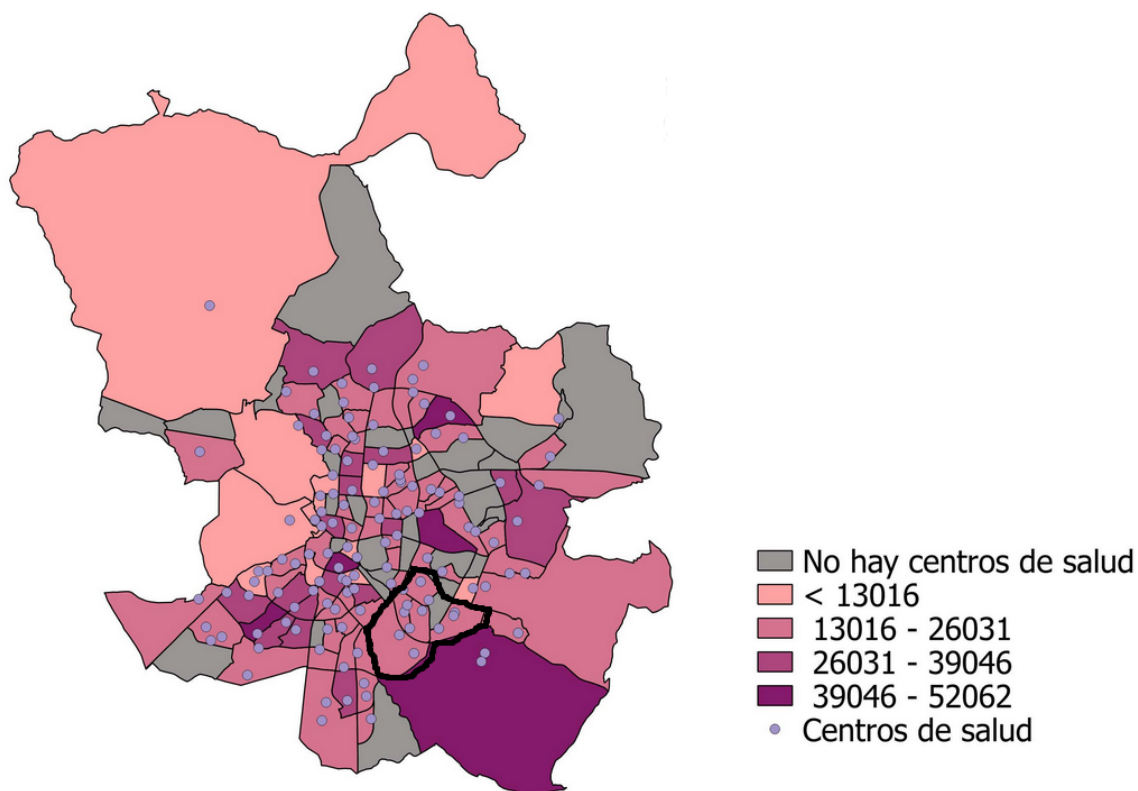
Centro	Ubicación
Centro de Especialidades Periférico Federica Montseny	Avda. Albufera, 285
Centro de Especialidades Periférico Hermanos Sangro	Avda. Peña Prieta, 4
Centro de Especialidades Periférico Vicente Soldevilla	Sierra de Alquife, 8
Centro de Salud Mental Puente de Vallecas	Peña Gorbea, 4
Centro Recuperación Personas con Discapacidad Física	C ^a de Valderribas, 113
CMS de Puente de Vallecas (municipal)	Concordia, 15
Hospital Infanta Leonor	Avda. Gran Vía del Este, 80
Centro Estatal Autonomía Personal y Ayudas Técnicas	Los Extremeños, 1

Fuente: Elaboración propia.

a los restantes barrios de la ciudad.

Figura 5.7:

Mapa de población por Centro de Salud en barrios de Madrid.



Fuente: Aguilera et al. (2017)

En el estudio realizado por Díaz Olalla (2020, pg.123), referente al nivel de actividad física que realiza la población de un determinado distrito, nos muestra la figura 5.8 donde se aprecia cierta relación inversa entre el porcentaje de personas con niveles de actividad física altos y el grado de desarrollo del distrito en que residen. Según estos datos, Puente de Vallecas, es uno de los distritos donde su población mantiene un nivel alto de actividad física (un 45 % de la población), siendo únicamente superado por los distritos de Carabanchel, Ciudad Lineal y Tetuán.

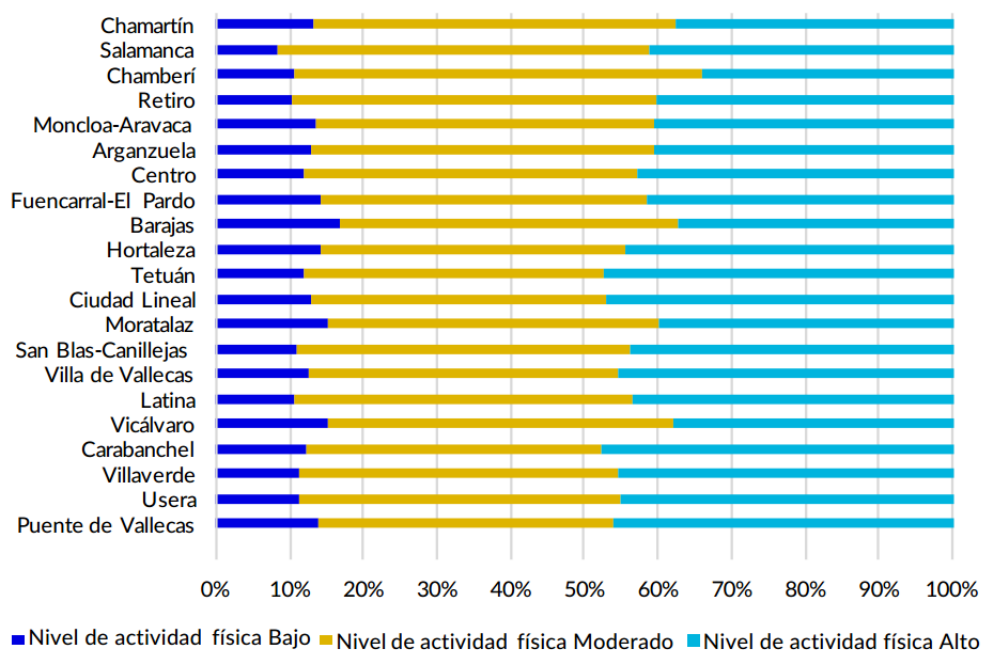
Según Díaz Olalla y Benítez Robredo (2015, pg.115), Puente de Vallecas se encuentra entre los distritos de Madrid que presentan un exceso de mortalidad, tanto en hombres como en mujeres, siendo estadísticamente significativa en los distritos con menor desarrollo sobre la registrada en el conjunto de la ciudad. En las figuras 5.9 y 5.10 se presentan las causas de mortalidad por distritos para facilitar su comparación (Ayto. de Madrid, 2022).

Respecto al Índice de Desarrollo del distrito, representado mediante Índice Combinado

5.4. INFORMACIÓN SANITARIA

Figura 5.8:

Frec. actividad física según nivel actividad, ordenados por nivel de desarrollo



Fuente: Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid 2017.

Figura 5.9:

Defunciones residentes ciudad Madrid, según causa de muerte.

Distrito / Barrio	Total	Causa de muerte																	
		I	II	III	IV	V	VI-VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XX	
2019																			
Ciudad de Madrid	27.980	369	7.783	107	590	1.521	1.748	7.226	4.175	1.570	138	250	952	47	62	471	971		
01. Centro	1.031	19	266	4	18	66	43	286	147	62	6	11	38	3	2	16	44		
02. Arganzuela	1.197	20	320	11	17	62	76	307	201	64	7	9	44	0	0	24	35		
03. Retiro	1.157	14	313	2	31	93	90	278	168	58	8	9	34	2	2	14	41		
04. Salamanca	1.449	21	374	3	32	86	108	376	214	87	9	17	52	2	4	22	42		
05. Chamartín	1.342	12	370	9	29	69	86	340	225	70	10	10	46	0	3	17	46		
06. Tetuán	1.316	17	355	3	31	74	76	350	200	74	4	15	35	1	3	26	52		
07. Chamberí	1.429	10	389	6	30	85	85	377	216	72	4	11	68	1	2	20	53		
08. Fuencarral-El Pardo	1.822	22	554	9	33	81	129	478	261	81	6	15	55	1	7	27	63		
09. Moncloa-Aravaca	1.128	18	291	4	24	83	71	294	175	54	4	8	41	2	1	16	42		
10. Latina	2.274	36	685	8	59	109	126	571	325	136	9	26	67	0	3	30	84		
11. Carabanchel	2.136	30	598	8	48	114	128	581	271	134	10	17	66	3	5	45	78		
12. Usera	1.154	17	326	4	33	60	60	314	175	71	5	8	23	0	1	19	38		
13. Puente de Vallecas	2.041	33	549	3	47	101	112	525	324	126	13	18	80	3	5	42	60		
14. Moratalaz	952	6	282	2	19	53	62	257	140	45	3	12	29	0	2	15	25		
15. Ciudad Lineal	1.951	26	544	8	35	104	112	510	287	117	13	19	71	2	5	32	66		
16. Hortaleza	1.285	13	378	5	16	72	98	305	183	79	6	10	51	0	3	15	51		
17. Villaverde	1.147	16	342	6	23	57	63	291	176	71	7	8	33	3	2	17	32		
18. Villa de Vallecas	594	6	163	3	10	28	46	131	113	30	4	4	29	0	1	6	20		
19. Vicálvaro	446	6	135	2	11	16	35	125	53	22	0	3	14	2	0	11	11		
20. San Blas-Canillejas	1.310	14	337	6	21	64	93	340	208	78	5	10	50	0	3	30	51		
21. Barajas	296	4	91	0	6	10	17	72	57	10	4	2	7	0	0	6	10		
No consta	523	9	121	1	17	34	32	118	56	29	1	8	19	22	8	21	27		

Fuente: Instituto Estadística de la Comunidad de Madrid (2019)

Figura 5.10:

Leyenda Defunciones de residentes en la Ciudad de Madrid.

I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
II. Tumores
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V. Trastornos mentales y del comportamiento
VI-VIII. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos
IX. Enfermedades del sistema circulatorio
X. Enfermedades del sistema respiratorio
XI. Enfermedades del sistema digestivo
XII. Enfermedades piel y tejido subcutáneo
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario
XV. Embarazo, parto y puerperio
XVI. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad

de Salud, Conocimiento y Renta -ICSCR-, el cual se calcula teniendo en cuenta la esperanza de vida al nacer, las personas con estudios superiores a los secundarios y la renta bruta per cápita, el distrito de Puente Vallecas (Díaz Olalla, 2020, pg.93) se ha encontrado siempre en el cluster de menor desarrollo de la ciudad, y durante los años de crisis (2014) ha presentado una evolución negativa, pasando a ser desde entonces el distrito con peor índice de desarrollo de toda la ciudad. La figura 5.11 muestra la evolución del ICSCR del distrito comparado con la media de los distritos de la ciudad en los últimos años. Para apreciar la brecha existente, en el cuadro 5.3 se presenta el valor de las variables que tiene el ICSCR del distrito Puente de Vallecas, en comparación con los valor del mejor distrito.

Cuadro 5.3:

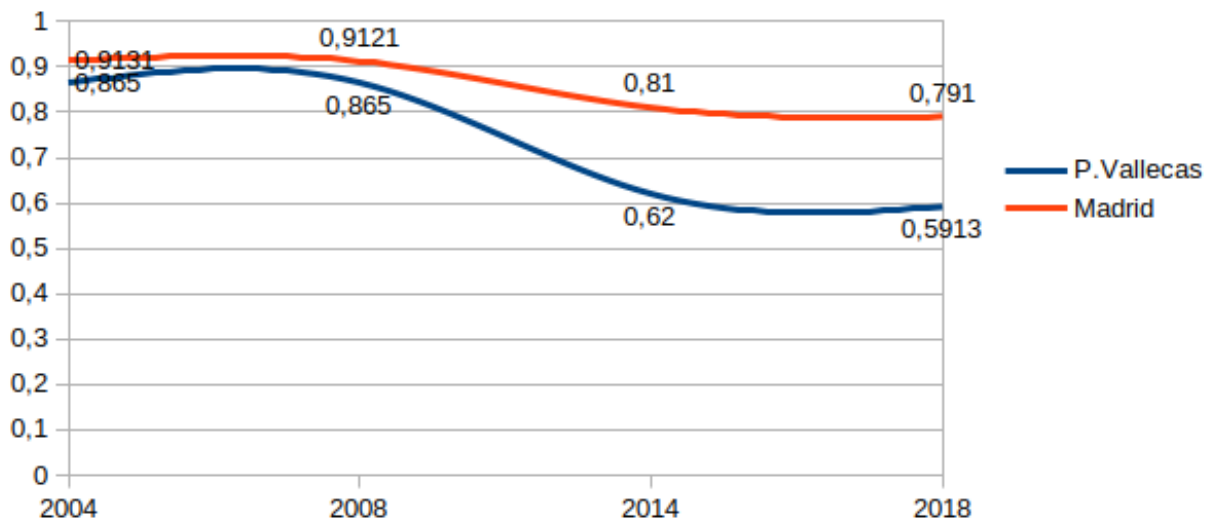
ICSCR Puente de Vallecas (2018).

	Puente de Vallecas	Valor Mejor Distrito
Renta bruta per cápita -€-	15.930	27.561
Nivel educativo (>ESO)	15'22	64'77
Esperanza de vida al nacer	83'25	85'82
ICSR	0'5913	0'992

Fuente: Díaz Olalla (2020).

5.4. INFORMACIÓN SANITARIA

Figura 5.11:
Índice Combinado Salud, Conocimiento y Renta - Puente Vallecas (2004-18)



Fuente: Elaboración propia.

Capítulo 6

Programa Vallecas Activa

6.1. Descripción del programa

En el madrileño barrio de Entrevías, Distrito Puente de Vallecas (239.000 hab.) surge un programa de desarrollo comunitario liderado por los recursos públicos del barrio. El programa persigue una transformación de la realidad, basada en reducir los costes económicos, sociales y humanos de las patologías asociadas al sedentarismo y a la pobreza.

Vallecas Activa tiene por objetivo facilitar la incorporación a un estilo de vida activo y saludable de la población de Vallecas, priorizando mediante discriminación positiva a población con un alto riesgo derivado de su estado de salud o condición social.

El programa surge de un trabajo creado entre instituciones públicas de Puente de Vallecas al ser capaz de mirar más allá de las propias competencias institucionales, viendo a los usuarios de cada entidad no como usuarios del sistema de salud, o de sistema de educación, o de servicios sociales, sino pensando en ellos como personas y ciudadanos que son nuestro fin institucional, y a los que se debe nuestra propia existencia.

El ayuntamiento de Madrid presentó el proyecto de forma institucional el 24 de octubre del 2014 con el ánimo de continuar trabajando y extender el proyecto a otros distritos de la Ciudad de Madrid.

Tras una primera fase de contactos entre instituciones se finaliza con un primer diagnóstico de los recursos del barrio, el cual se puede observar de forma más detallada en la figura 6.1.

Tras este primer diagnóstico, se consigue establecer una serie de necesidades y potencialidades organizadas en cuatro ámbitos de actuación: salud, servicios sociales, educación y

6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Figura 6.1:
Diagnóstico de recursos.

	Salud	Deporte	Educación	Servicios Sociales
Recursos	5 centros de salud con más de 100 profesionales sanitarios involucrados. 1 servicio de Endriconología del Hospital Infanta Leonor.	1 centro deportivo de 70000 m2 con más de 40 profesionales del deporte y la actividad física.	18 centros educativos se han involucrado en el programa. Públicos y concertados.	4 centros de Servicios sociales con más de 50 trabajadores sociales.
Volumen de actividad	Elevado volumen asistencial de patologías asociadas al sedentarismo	Baja ocupación de las actividades dirigidas por diferentes barreras (elevados precios, barreras psicológicas, desconocimiento de la oferta).	Los profesionales educativos señalan un aumento considerable de alumnos con obesidad infantil, hiperactividad medicalizada y otras patologías asociadas a la actividad física.	Elevado volumen asistencial con un total de 28210 personas atendidas en SSSS, lo que supone un 17,87% de todas las atenciones del municipio.
Coordinación	El consejo sanitario de ejercicio físico se realiza con carácter general sin coordinación con los servicios públicos deportivos	La oferta deportiva no se construye escuchando a los profesionales sanitarios, trabajadores sociales y profesores.	Actualmente no existe ninguna coordinación ni test para detectar a los menores que sufren patologías asociadas al sedentarismo.	Servicios Sociales no contempla en su intervención social los servicios deportivos municipales porque la población en riesgo de exclusión no puede acceder a los mismos por precio y las ayudas económicas previstas por el sistema público de servicios sociales contempla únicamente las modalidades de emergencia social y de especial necesidad.
Criterios económicos	El aumento de la práctica deportiva supone un ahorro en costes directos en el sistema público de salud.	El aumento del nº de alumnos por grupo en las actividades dirigidas no supone ningún coste adicional a los servicios deportivos municipales al ser toda su estructura de costes fijos.	El aumento de la práctica deportiva genera una mayor autoestima en el alumno, mejora sus relaciones sociales, y el rendimiento académico.	El aumento de la práctica deportiva como herramienta del trabajo social no supone un aumento de costes del servicio y crea una línea de actuación en la defensa de la igualdad de oportunidades.

Fuente: Vallecas Activa.

deporte serán los pilares sobre los que se va a desarrollar todo el proyecto. En cada ámbito de actuación se acuerdan una primeras premisas:

Salud: Los médicos en la consulta ante determinadas patologías aconsejan a sus pacientes que hagan ejercicio, pero pasa el tiempo y no se modifican los comportamientos de éstos.

Deporte: Existen en el distrito recursos deportivos municipales que se encuentran infrutilizados. La oferta deportiva del distrito no se construye escuchando las necesidades sanitarias del distrito.

Educación: Estudiado el calendario de revisiones pediátricas que establece la Comunidad de Madrid, se llega a la conclusión que el control pediátrico en menores de 6 a 12 años es insuficiente para detectar la obesidad infantil en etapas tempranas, siendo una fase fundamental a nivel personal por ser cuando se adquieren determinados hábitos de comportamiento.

Servicios Sociales: El bajo nivel adquisitivo y cultural te posiciona en desventaja para poder adquirir unos hábitos saludables. El deporte puede ser un motor para la integración de

personas en situación de vulnerabilidad. Para adolescentes con un perfil de fracaso escolar, el deporte puede ser fuente de ingresos y un enganche para afianzar habilidades personales.

Profesionales: En una primera fase se considera fundamental incluir a los profesionales dentro del propio programa. El deporte puede ser cauce para establecer y mejorar las relaciones laborales de los profesionales que participan en el proyecto, a la vez que sirve de canal para liberar el estrés laboral.

Tras una extensa fase de participación comunitaria en la que se realizó un análisis de situación y de necesidades de la población y en la que se involucran los agentes sociales del barrio, se consensuan tres proyectos de intervención: Salud, Inclusión social y Educación. A estos se añaden dos más con la finalidad de motivar a los profesionales y a los participantes. Todos los proyectos están basados en establecer canales de comunicación entre los distintos recursos del distrito (centros de salud, centros de servicios sociales, centros educativos y centros deportivos) con la finalidad de aprovechar todo el potencial de cada recurso buscando el beneficio de la población. Veamos a continuación en que consisten:

6.1.1. Proyecto de Salud

Con este proyecto Vallecas Activa persigue el objetivo de aumentar la promoción de un estilo de vida activo en la población del entorno del Centro Deportivo Municipal en colaboración con los centros de Madrid Salud, los Centros de Salud de Atención Primaria y los hospitales de la Comunidad de Madrid. Para conseguirlo establece los siguientes objetivos específicos:

- Reforzar el consejo sanitario de ejercicio físico y la prescripción de ejercicio físico en Atención Primaria mediante la coordinación con el Centro Deportivo Municipal para favorecer la adhesión al ejercicio de la población.
- Aumentar en la población el conocimiento de los servicios de promoción deportiva ofertados en el Centro Deportivo Municipal.
- Mejorar la coordinación con el programa de orientación personal del Centro Deportivo Municipal mediante la derivación de pacientes con prescripción estandarizada en problemas de salud.
- Mejora de la salud y de la condición física.
- Fomento de hábitos higiénicos.
- Prevención del sedentarismo.
- Combatir el estrés, incidiendo en el equilibrio psicológico.

6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

- Fomento de la relación social como elemento integrador.
- Ocupación del ocio y el tiempo libre.
- Mejorar los índices de ocupación de las clases del centro deportivo.

Una vez estudiadas las necesidades sanitarias del distrito, se determinó que era necesario crear actividades dirigidas en el polideportivo para poder ofrecer alternativas saludables a vecinos con determinadas patologías normalmente asociadas a estilos de vida sedentarios. En un primer momento se crearon cuatro grupos dirigidos:

- **Hábitos Saludables:** Tiene por objetivo modificar hábitos de actividad física y alimentación en pacientes con riesgo de diabetes, obesidad en adultos o riesgo cardiovascular.
- **Familias + Activas:** Persigue el tratamiento de menores con diagnóstico de sobrepeso y obesidad infantil desde una perspectiva de intervención familiar combinando educación para la salud a padres y un programa de actividad física para niños.
- **Ejercicio, mamás y bebés:** Oferta un programa de educación para la salud, apoyo a la crianza y promoción de lactancia materna, combinado con un programa de actividad física con ejercicios de recuperación postparto, gimnasia hipopresiva, rehabilitación de suelo pélvico y estimulación temprana en el niño.
- **Paseos Saludables:** Es un programa de actuación ante el sedentarismo, que trabaja el compromiso y el refuerzo social para lograr la modificación de hábitos.

Estas cuatro actividades iniciales se han ido modificando y ampliando con el paso del tiempo a la vez que se mejoraba la detección de necesidades. Las actividades que se imparten en la actualidad se reflejan en la figura 6.1, donde se recoge también a quienes van dirigidas y que criterios se deben cumplir para poder participar en cada una de ellas.

A diferencia de otros sitios, donde este tipo de actividades se desarrollan en un entorno sanitario, en el caso de Vallecas Activa se van a realizar en el Centro Deportivo Municipal. El responsable de la detección y derivación de casos en función de los criterios establecidos es el médico de atención primaria. En la figura 6.2 se expone de forma resumida el proceso que realizará el paciente una vez incorporado a cualquiera de las actividades del programa de salud de Vallecas Activa.

Para establecer la derivación entre recursos sanitarios y deportivos se creó una *receta deportiva* (ver fig.6.3) que los profesionales sanitarios de atención primaria prescriben para que el paciente se incorpore a la actividad que necesite.

El usuario entrega la receta en la secretaría del polideportivo y se compromete a asistir a sesenta y seis sesiones de actividad física dirigida por especialistas (ver fig.6.4), y a ocho

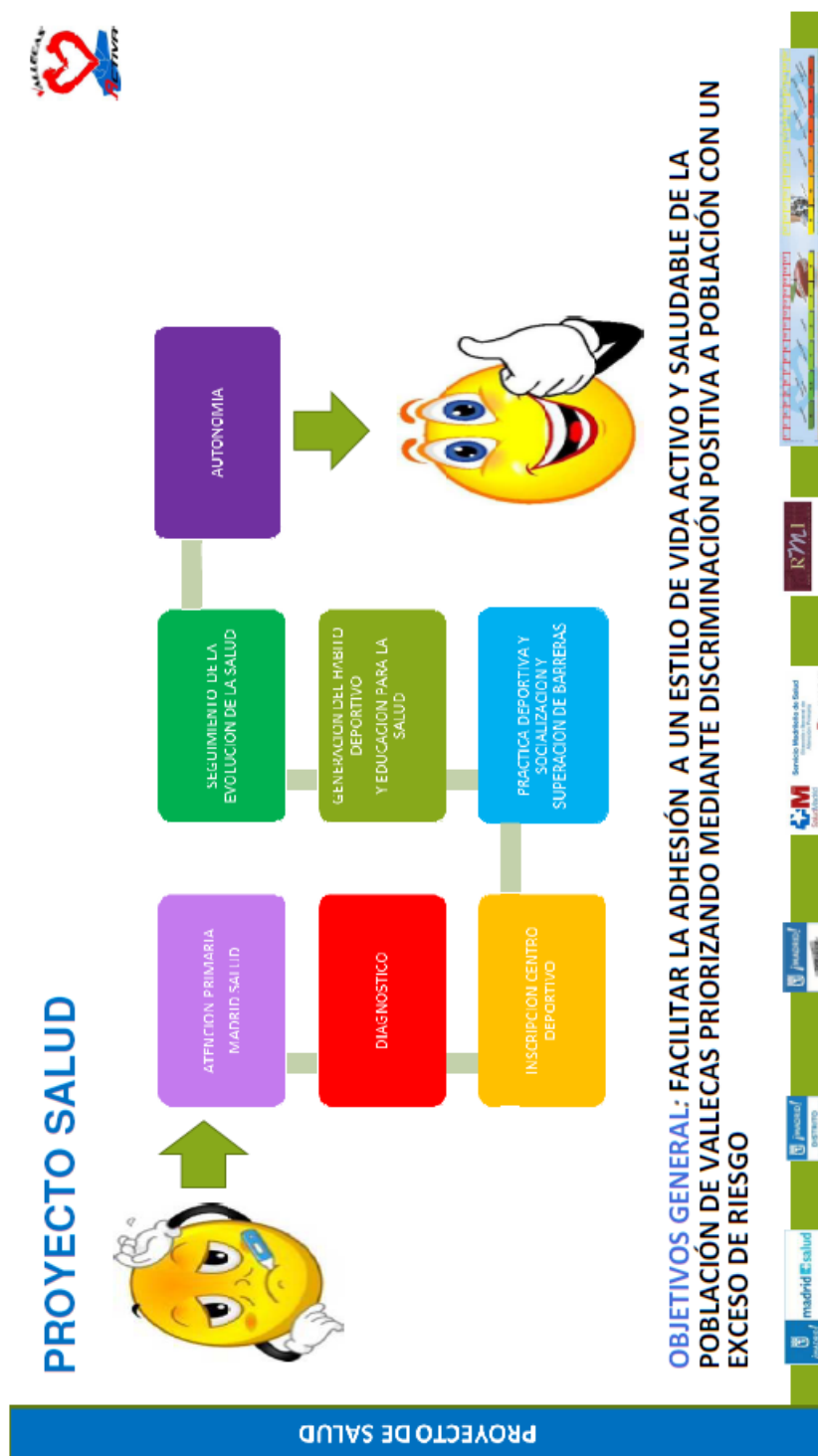
Cuadro 6.1:
Criterios de inclusión para las actividades deportivas.

Actividad	Destinatarios	Criterios de Inclusión
Familias más activas para niños sanos	Niños con sobrepeso u obesidad	Diagnóstico (Gráficas Hernández) Sobrepeso si: IMC >P90 y <P97 (según edad y sexo) Obesidad si: IMC >P97 (según edad y sexo)
Cardio-Saludable	Alto riesgo cardiovascular, o alto riesgo diabetes u obesidad y mayores 21 años	Pacientes DM tipo II 3 o más factores riesgo: HTA, HCL, Obesidad, o Tabaquismo Sin factores riesgo, pero SCORE >=5 Criterios programa ALAS Prediabetes (glucemia 100-125 mg/dl y/o glucosa 140-199 mg/dl) IMC >=30, o IMC 27-29,9 con test de Findrisc >=15, o IMC 27-29,9 con cintura >88 cm mujeres y 102 cm hombres
Huesos y músculos sanos	>21 años con patologías osteoarticulares o musculares	Pacientes con síntomas de desarrollar patologías osteoarticulares o musculares
Mayores activos prevención de caídas	Mayores de 65 años	Mayores en situación de fragilidad con mayor probabilidad de sufrir accidentes
Acond. Cardio-vascular Rehabilitación cardiaca	Mayores 65 años	Personas con enfermedades coronarias crónicas
Paseos saludables	Mayores de 21 años	Población sedentaria o falta de red social
Asesoramiento técnico personalizado	Cualquier persona	Atender demandas de actividad física de forma personalizada

Fuente: Vallecas Activa.

6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Figura 6.2:
Proyecto de Salud Vallecas Activa.



Fuente: Vallecas Activa.

talleres de educación para la salud impartidos por los propios sanitarios de atención primaria. Una vez que termina la participación del usuario en el programa se le ofrece la posibilidad de continuar realizando otras actividades en el polideportivo. Por ser una actividad prescrita por el médico, el precio de la actividad dirigida y los talleres es bajo. Si la persona realiza dos faltas de asistencia de forma injustificada, se le da de baja del programa.

Si existe sintonía entre los miembros del grupo, una vez que finalice el programa se les ofrece la posibilidad de mantenerse como grupo para continuar realizando actividades saludables. En este caso se valora que las relaciones existentes entre los miembros del grupo son primordiales para que muchas personas no abandonen y continúen realizando ejercicio físico.

6.1.2. Proyecto de Inclusión Social

Este proyecto persigue el objetivo de facilitar el acceso a la práctica deportiva a población que se encuentre en situaciones de vulnerabilidad reconocida por los Servicios Sociales y no puedan acceder a la realización de actividades deportivas por diferentes motivos (económicos, sociales, culturales, etc...). Para conseguirlo se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Reforzar la intervención social de los Servicios Sociales mediante la coordinación con el Centro Deportivo Municipal para luchar contra la pobreza y la exclusión social.
- Dar una alternativa de ocio a las familias afectadas por el paro de larga duración y sin recursos económicos.
- Mejorar los índices de ocupación de las clases del centro deportivo.
- Mejorar el rendimiento escolar y luchar contra el fracaso escolar y el absentismo escolar, atendiendo, de manera particular, las situaciones de los niños y las niñas de familias más vulnerables y como forma de prevención del abandono escolar mediante el incentivo de las actividades deportivas.
- Prevención contra las drogas mediante la incorporación de hábitos saludables en grupos normalizados.
- Fomento de la igualdad a través del deporte.
- Lucha contra el racismo y la xenofobia así como el fomento de la interculturalidad.

El proyecto consiste en que el trabajador social diagnostique a que individuos les puede venir bien este recurso, y lo incorpore como herramienta de trabajo en su proyecto de intervención social.

6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Figura 6.3:
Receta deportiva Vallecas Activa.



PROGRAMA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA LACTANCIA: EJERCICIO, MAMAS Y BEBES ANEXO 4

Las recomendaciones de ejercicio para personas de 18 a 65 años son las siguientes:

- Mínimo 150 minutos semanales de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.
- A fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades, hasta 300 minutos por semana de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- Dos veces o más por semana, actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

Le invitamos a participar en un programa desarrollado gracias a la colaboración de los Centros de Salud y el Centro Deportivo Municipal de Entrevías ubicado en C/ Ronda del Sur 4, Tel. 91 785 42 14, imdentrevias@madrid.es, para ayudarle a alcanzar estas recomendaciones (aunque es necesario completarlo con otras actividades fuera del polideportivo) con el objetivo de adquirir un estilo de vida más saludable.

Si desea inscribirse podrá hacerlo en la Taquilla del Centro Deportivo Municipal de Entrevías presentando el boletín de inscripción expedido y sellado por su centro de salud. Se beneficiará de un programa de actividad física subvencionado y un programa educativo.

Podrá disfrutar del programa mientras cumpla los criterios médicos de inclusión y acuda a todas las clases, con un máximo de dos faltas sin justificar. Estos son los horarios y precios:

ACTIVIDAD	DÍAS	HORARIO	IMPORTE
EJERCICIO MAMÁS Y BEBÉS	L-X	16:00	10,25 €
	M-J	11:00	10,25 €
	V	16:00	5,80 €
Cuota de Inscripción: 12,80 €			

✂ BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA LACTANCIA: EJERCICIO, MAMAS Y BEBES

(EJEMPLAR PARA EL CENTRO DEPORTIVO MUNICIPAL DE ENTREVÍAS)

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ CENTRO DE SALUD: _____

TFONOS CONTACTO : _____

MÉDICO : _____ ENFERMERA/O: _____

GRUPO: _____ HORARIO DE ACTIVIDAD: _____

Firma y Sello del Profesional /Centro de Salud



✂ BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA LACTANCIA: EJERCICIO, MAMAS Y BEBES

(EJEMPLAR PARA LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE SU CENTRO DE SALUD)

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ CENTRO DE SALUD: _____

TFONOS CONTACTO : _____

MÉDICO : _____ ENFERMERA/O: _____

GRUPO: _____ HORARIO DE ACTIVIDAD: _____

Firma y Sello del Profesional /Centro de Salud



Fuente: Vallecas Activa.

Figura 6.4:
Tarjeta personal de asistencias.



Fuente: Vallecas Activa.

Para ponerlo en funcionamiento se han reservado plazas para población derivada desde los Centros Municipales de Servicios Sociales: dos plazas de cada actividad deportiva normalizada si la actividad tiene una capacidad superior a 10 personas, y una plaza en el caso que la actividad dirigida tenga un máximo de 10 plazas. El acceso, se realiza mediante *receta social* otorgada por el trabajador social de referencia, que el ciudadano presenta en la taquilla del Centro Deportivo. Una vez presentada tendrá una entrevista con un asesor deportivo donde se realiza una valoración inicial para estudiar cual es la actividad y grupo mas adecuado. En la figura 6.5 se puede ver de forma gráfica lo que persigue el proyecto de inclusión social.

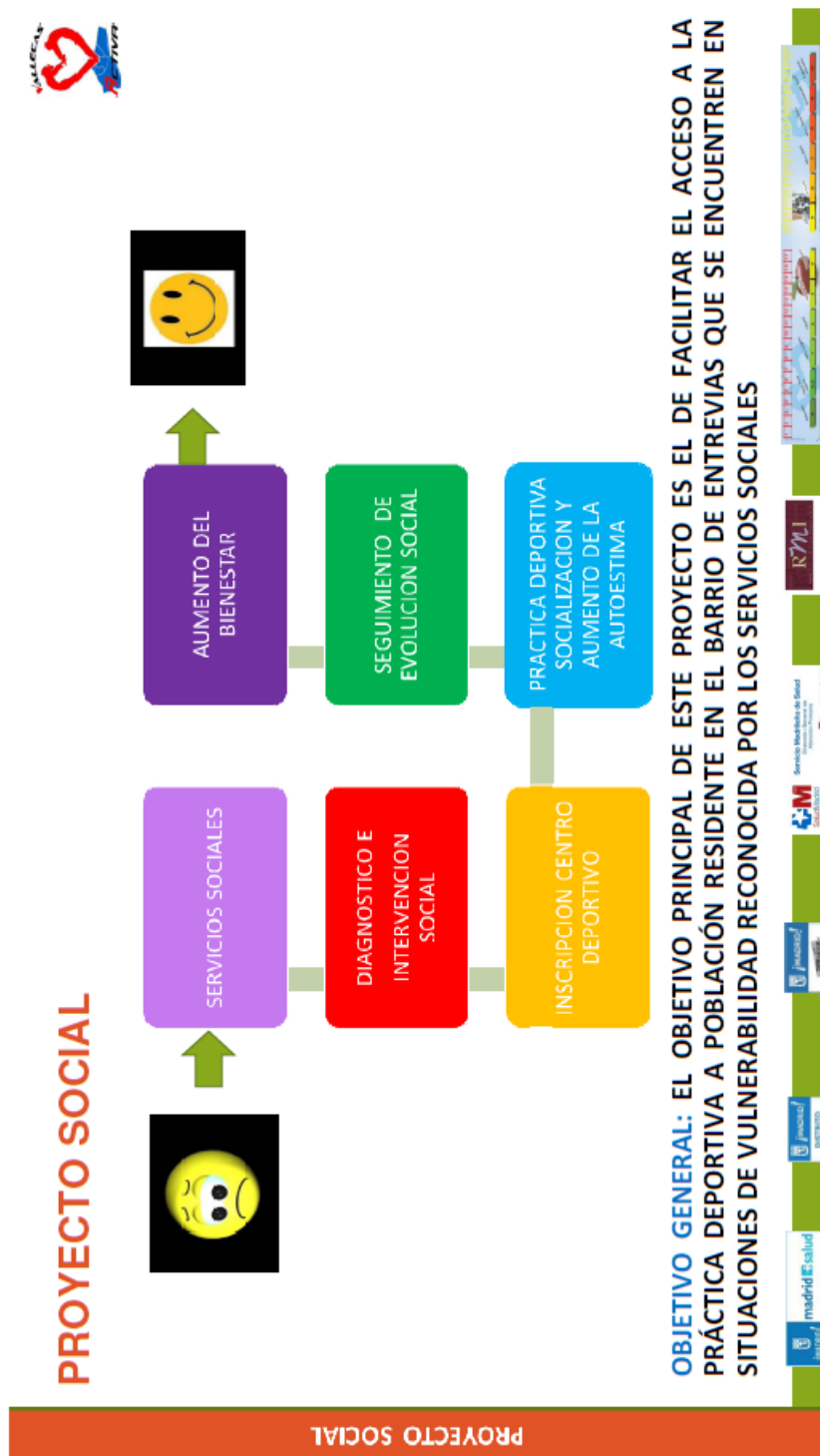
Una vez incorporado a la actividad, los técnicos deportivos emiten informe trimestral sobre la evolución de las personas derivadas, donde se recoge, la puntualidad y el grado de asistencia, la indumentaria que lleva, la utilización de espacios y materiales, la relación con el profesor y la integración en el grupo. El modelo de informe se puede ver en la figura 6.6. Al perseguirse la integración de esta población en ambientes normalizados, la actividad no se limita en el tiempo, ni con un número determinado de sesiones. El precio de la actividad es muy económico para que no sea una barrera para esta población y se encuentra ajustado en función de la renta mensual per cápita como se puede observar en la figura 6.7.

Para poder derivar al programa deberán ser personas comprendidas en alguna de las siguientes categorías:

- Perceptores de RMI que cuentan con diseño de intervención social.
- Solicitantes de RMI pendiente de concesión por la CM que cuentan con diseño de intervención social.
- Personas en situación de desempleo igual o superior a 3 años
- Personas en situación de calle o acogidas en centros para personas sin hogar con programa de acompañamiento social


6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Figura 6.5:
Proyecto de Inclusión Social Vallecas Activa.




Fuente: Vallecas Activa.

Figura 6.6:
Hoja de seguimiento.



**DISTRITO
PUENTE DE VALLECAS**



**VALLECAS
ACTIVA**

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES
Creado SC. 1/4/2014

HOJA DE SEGUIMIENTO

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Actividad que realiza: _____

Usuario derivado por:
 Centro de Servicios Sociales: _____, Profesional: _____

1. Asistencia. Indicar el periodo. Mes : _____
 Nº de faltas de asistencia: Justificadas . Sin justificar
 Observaciones. (puntualidad, otros aspectos relativos a la asistencia...): _____

(Marcar con X los ítems, valorando 5 como muy bueno, hasta 1 como muy malo).

2. Integración en el grupo. Relación con sus iguales:
 5 4 3 2 1
 Observaciones: (habilidades, dificultades,...) _____

3. Integración en la actividad:
Seguimiento del programa diseñado para la actividad:
 5 4 3 2 1
Uso adecuado de los espacios y el material utilizado en clase:
 5 4 3 2 1
Acude a clase con la indumentaria y el calzado adecuado:
 5 4 3 2 1
Relación con el responsable de la actividad deportiva.
 5 4 3 2 1

4. Grado de cumplimiento global de los objetivos propuestos. (Marcar si procede).
 5 4 3 2 1

Propuestas u otras observaciones (recoger si procede) _____

TÉCNICO DEPORTIVO RESPONSABLE

Fdo.: _____

socipvallecas@madrid.es
 C/ Peña Gorbea 22, 2º
 Tfno 91 757 05 29

G:\PROYECTO VALLECAS ACTIVA\COORDINACION\PROPIEDAD INTELECTUAL\8 HOJA DE SEGUIMIENTO DE SERVICIOS SOCIALES.doc

Fuente: Vallecas Activa.

6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Figura 6.7:
Precio actividad proyecto de inclusión social.

Nº CRITERIO INCLUSIÓN	CRITERIO RMPC	PRECIO ESPECIAL 1 sesión/semana	PRECIO ESPECIAL 2 sesión/semana	CATEGORÍA
1	HASTA 350 €	0,00 € mes	2,70 € mes	INF, JOV, AD, MAY
2	DE 350 A 450 €	2,70 € mes	5,40 € mes	INF, JOV, AD
3	DE 450 €-587€	5,40 € mes	8,10 € mes	INF, JOV, AD
4	DE 450 €-587€	2,70 € mes	5,40 € mes	MAYORES
5	MÁS DE 587€	100% TASAS	100% TASAS	TODAS

Fuente: Vallecas Activa.

- Mujeres residentes en recursos para Víctimas de Violencia de Género
- Personas en riesgo de exclusión residencial.
- Pre-infantiles e infantiles (desde los 3 a los 14 años) con diseño de intervención social
- Jóvenes, (de 15 a 20 años) en riesgo de proceso de intervención y con riesgo de aislamiento social detectado.
- Adultos, (21 a 64 años) en proceso de intervención y riesgo de aislamiento social detectado.

Otro aspecto que se está trabajando desde el Proyecto de Inclusión Social es ofrecer nuevos nichos de empleo a población que se encuentra en situación de vulnerabilidad reconocida por Servicios Sociales. Se busca que estas personas a través del deporte puedan adquirir hábitos laborales a la vez que hacen una actividad que les gusta de forma remunerada. Con este objetivo se han gestionado plazas becadas aportadas por distintas federaciones deportivas (baloncesto,...) para que personas seleccionadas por Servicios Sociales puedan realizar los cursos de monitor y/o árbitro deportivo. A los alumnos becados que consigan superar la formación se les ofrece la oportunidad de colaborar de forma retribuida como árbitro o como monitor (auxiliar de mesa) dentro de las Competiciones Deportivas Municipales. (ver fig.6.8).

6.1.3. Proyecto de Educación

En su origen el proyecto se plantea el objetivo de identificar a todos los niños en edad escolar en riesgo de sufrir patologías relacionadas con la condición física, y se plantea como

Figura 6.8:
¡¡¡ Ven pitando!!! Arbitra.

que significa ser árbitro

Es realizar una actividad deportiva, desde dentro del terreno de juego, juzgando las acciones que allí ocurren, aplicando el reglamento y su espíritu.

Esto implica unas responsabilidades individuales y colectivas por ser miembro de la Federación de Baloncesto de Madrid. Eres parte imprescindible en la formación de jóvenes jugadores.

Mantendrás o mejorarás tu forma física, con todos los beneficios de salud que ello implica.

como ser árbitro

Debes realizar un curso con actividades teóricas, para conocer las reglas, y prácticas, para saber como aplicarlas.

El curso dura 20 horas, donde se te dará el reglamento, silbato, pantalón, camiseta y chaqueta.

puedes jugar, entrenar y arbitrar

Aunque te encuentres en activo, para la FBM, como jugador o entrenador, podrás actuar como árbitro. Esta actividad te servirá de formación al poder conocer otro punto de vista del baloncesto.

¡¡¡ a viajar !!!

En un momento los encuentros que vayas a arbitrar los harás cercanos a tu residencia ecología, luego te podrás mover por Madrid y su provincia (con sus dietas). Si llegas a categoría nacional viajarás por toda España y si llegas a internacional, ¡no te imaginas. Puede ser una gran oportunidad de conocer otros lugares y otras culturas.

disfruta de la ACB y Liga Europea

Una vez pertenezcas al comité de árbitros y comiences tu actividad, obtendrás un carnet, con el cual podrás entrar a ver los partidos de máximo nivel ACB y Liga Europea.

¡¡¡ VEN PITANDO !!!

¡MADRID! práctica DEPORTE

APROVECHA TU TIEMPO MUERTO ARBITRA BALONCESTO

VALLECAS ACTIVA

Contacta con nosotros en:

Escuela de Árbitros
91 364 63 63
arbitros_escuela@fbm.es

Federación de Baloncesto de Madrid
www.fbm.es

Federación de Baloncesto de Madrid

Fuente: Vallecas Activa.

6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

objetivos específicos:

- Definir un test que forme parte del currículo académico de las clases de educación física para que los centros educativos puedan detectar niños que estén en riesgo de sufrir patologías relacionadas con la condición física.
- Coordinar con las familias de los niños detectados con posibles riesgos de salud para que acudan a los centros de salud y a los programas creados en los centros deportivos municipales para dichas patologías (obesidad infantil, hiperactividad, etc..).

A medida que el programa avanza, se centra sobre todo, en evitar los riesgos de una mala alimentación y del sedentarismo desde sus inicios, reconociendo la obesidad infantil como situación de vulnerabilidad del menor. Tras un estudio inicial en los colegios del distrito se constata que más de un 35 % de los niños de educación primaria han desarrollado problemas de sobrepeso y obesidad. El proyecto contará con dos líneas de actuación que se desarrollarán en los centros escolares del distrito, tanto públicos como concertados.

En los colegios se pone en funcionamiento una actividad dirigida de recreos lúdico deportivos como generadora de hábitos saludables y donde se trabaja mediante juegos cooperativos con alumnos de primero a sexto de educación primaria.

También se ha puesto en marcha un sistema para detectar sobrepeso en los alumnos a través de la clase de educación física. Para llevarlo a cabo se les pasa un test a principio y a final de curso donde se mide el IMC de los menores de 7 a 11 años. Si se detecta problemas de sobrepeso, se ha elaborado un protocolo de actuación coordinado con el centro de salud para que puedan tratar al menor (ver fig.6.9).

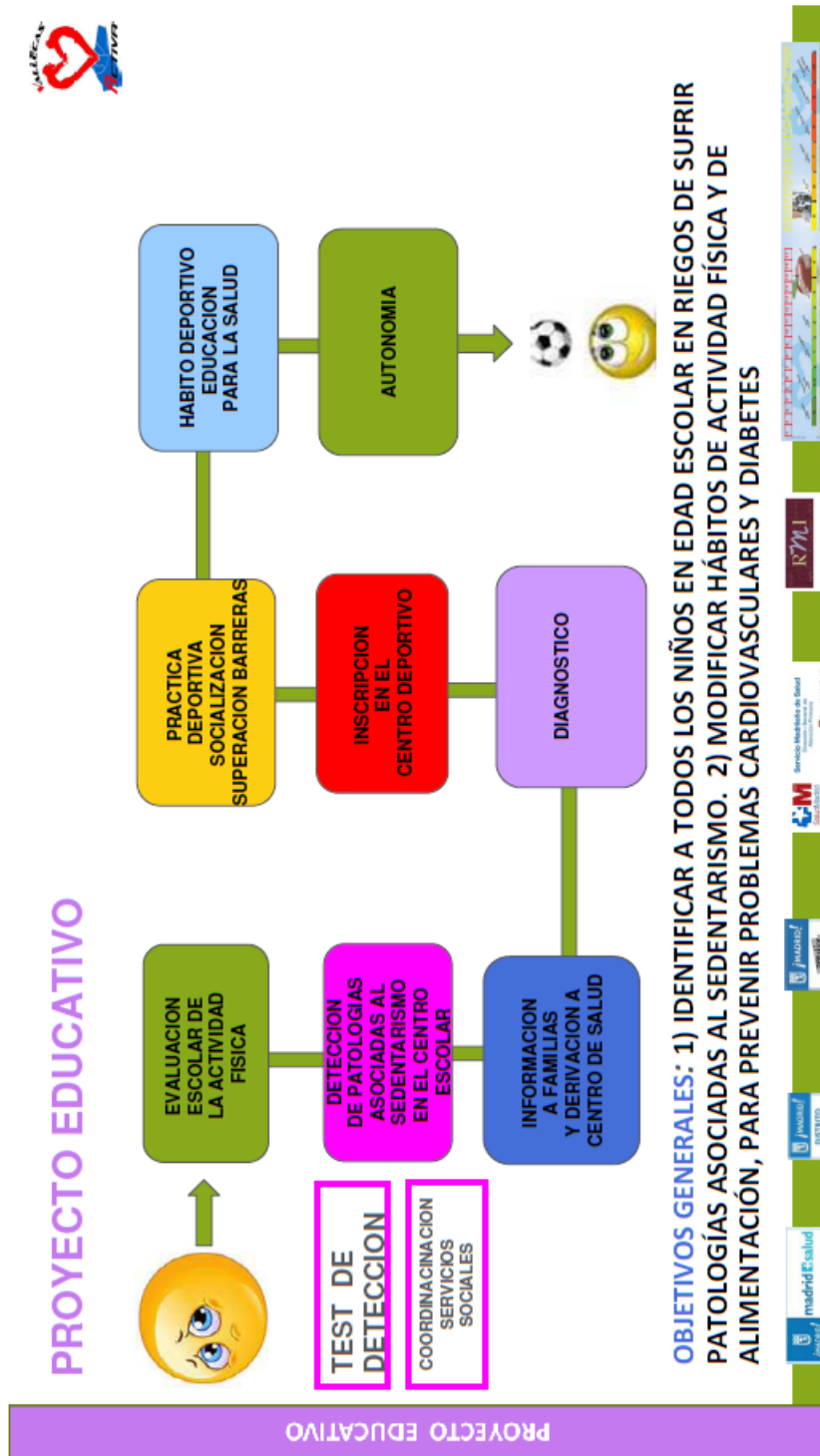
Si su familia cuenta con escasez de ingresos o se detectan otros problemas sociales, se incorpora en el protocolo al Centro de servicios sociales. La finalidad perseguida es poder corregir el problema desde los estadios iniciales, antes que se convierta en un hábito para el menor.

6.1.4. Proyecto Motivación de Profesionales

Se creó en los inicios una actividad deportiva dirigida a todos los profesionales involucrados en el programa Vallecas Activa persiguiendo como objetivos:

- Que conozcan los recursos deportivos del barrio.
- Crear y estimular la coordinación y el trabajo en equipo de los profesionales mediante un entorno diferente y divertido.
- Fomentar hábitos saludables en las personas que atienden y cuidan a los demás.

Figura 6.9:
Proyecto de Educación Vallecas Activa.



Fuente: Vallecas Activa.

6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

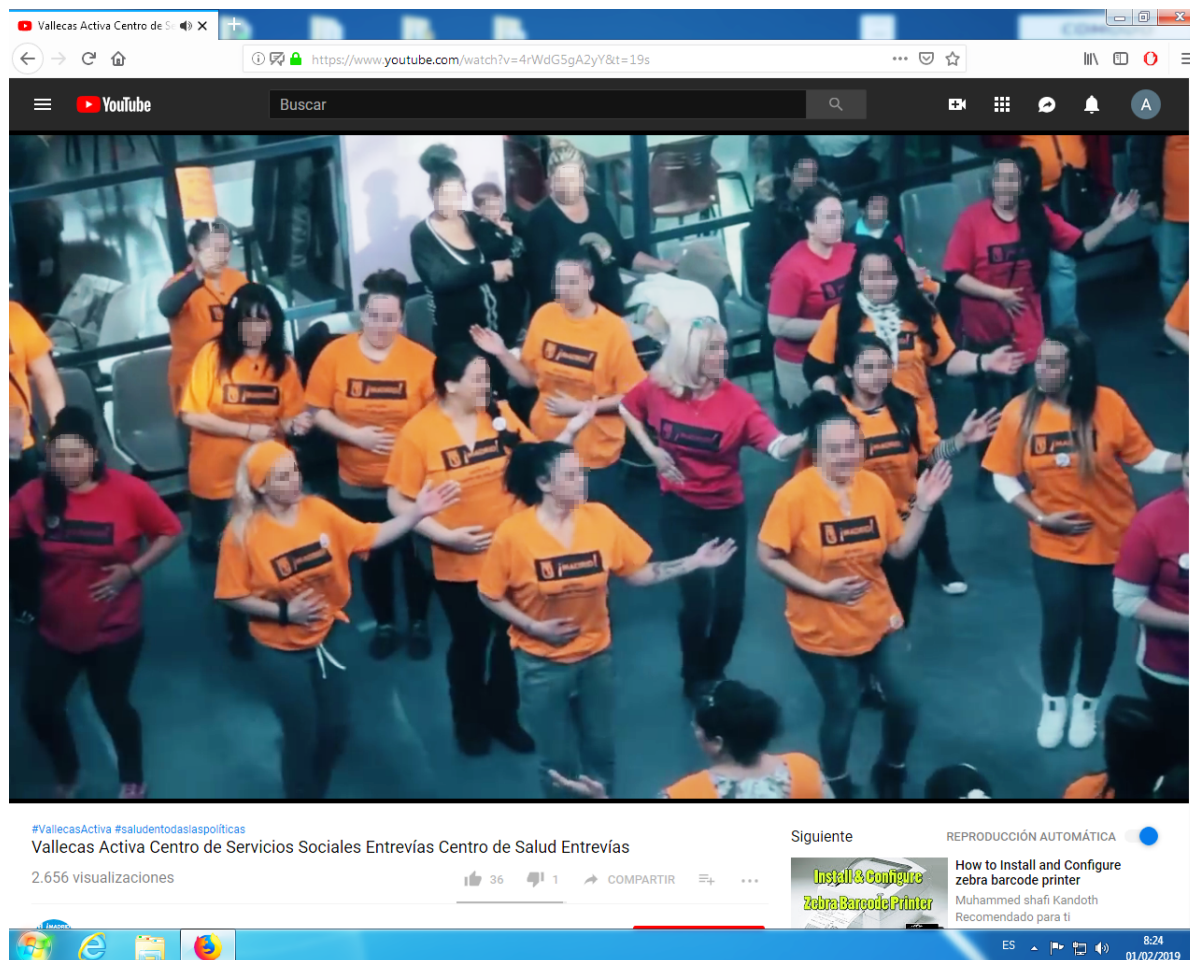
La actividad se diseñó en horario valle del centro deportivo (15:00 a 16:00 h) y ha sido utilizada como palanca motivadora del proyecto para estimular la implicación de los propios profesionales. En la fase inicial de Vallecas Activa tuvo gran importancia para el desarrollo del programa, en el presente no se está utilizando.

6.1.5. Actividades Comunitarias

Desde que se inició el programa se han ido acompañando los proyectos con acciones comunitarias dirigidas a la población de RMI, por ser los que más les cuesta acceder y mantenerse en este tipo de programas. Con estas actividades se ha buscado motivar su participación a la vez que se lo pasan bien y se sensibilizan sobre las ventajas de un estilo de vida saludable. Veamos las principales acciones desarrolladas:

- **Talleres de Educación para la salud** dirigidos a todos los perceptores de RMI de Entrevías (más de 600 familias). La actividad se realizó desde el seguimiento de la RMI y tenía por objetivo concienciar a los usuarios de la importancia de unos hábitos saludables a la vez que se les presentaba de forma amena el programa Vallecas Activa. Para ponerlo en funcionamiento se dividió a los usuarios en grupos de unas 100 personas, y con cada grupo se realizaron tres actividades:
 1. Una sesión teórica que se realizó en el Centro de servicios sociales donde se presentó y ofreció el programa Vallecas Activa, a la vez que se explicó la importancia de tener unos hábitos saludables.
 2. Una segunda sesión, también teórica, se impartió en el Centro deportivo con el objetivo de dar a conocer el recurso, haciéndolo más accesible, y explicando las actividades que allí se ofrecen. Se incluyó una visita a las instalaciones deportivas para familiarizarse con ellas.
 3. La tercera sesión fue una clase práctica de ejercicio físico que se impartió en el Centro deportivo con la finalidad de poner en situación a los participantes través de hacerles vivir una experiencia real de como hacer deporte.
- También se han realizado varios **Flashmob** con los perceptores de la RMI con la finalidad de fomentar estilos de vida saludables, a la vez que se les empoderaba y se les presentaban los recursos públicos del distrito. Se montaron varias coreografías, se les dividió en cinco grupos, y cada grupo tuvo tres sesiones prácticas diseñadas para aprenderse el baile y una cuarta para realizar la coreografía en un recurso público del barrio. Se realizaron flashmob en el Centro de Salud y de Servicios sociales de Entrevías (ver fig.6.10), en el Centro Madrid Salud de Puente Vallecas, en el Centro Cultural

Figura 6.10:
Flashmob en Centro de Salud de Entrevías.



Fuente: Vallecas Activa.

Lope de Vega, en la Agencia para el Empleo, en el Centro Cultural El Pozo del Tio Raimundo y en el Centro de Educación de Personas Adultas. Los vídeos de todos ellos se pueden visualizar en el canal de Youtube «Distrito 22 Vallecas».

6.2. Organización del programa

Para poder desarrollar el proceso de intervención comunitaria se ha seguido el método planteado por el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) en el libro *¿cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?* (Astray Coloma, 2013), donde se plantea la puesta en marcha de un proceso

6.2. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

comunitario a través de cuatro fases:

1. Pensar antes de actuar.
2. Trabajo interno.
3. Salida a la comunidad.
4. Primeras intervenciones.

En la *primera fase* se creó y estructuró el grupo motor con representantes del Distrito del ámbito Deportivo, Educativo, Sanitario y Servicios Sociales. El grupo ha tenido diversas fases pero en sus inicios fue necesario mantener reuniones periódicas y dinamizarlo mediante correos electrónicos informando a todas las partes de los acuerdos tomados y de los cambios que se iban produciendo. La composición inicial fue la siguiente:

- 3 representantes del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).
- 3 representantes de Madrid Salud.
- 3 Representantes del Centro Deportivo.
- 3 Representantes de Servicios Sociales.
- 3 Representantes de Educación.
- 3 Representantes de Usuarios.
- 1 Representante de Federaciones Deportivas.
- 1 representante de Cultura.
- 1 Director del Proyecto Vallecas Activa.
- 1 Secretaria del Proyecto Vallecas Activa.

Una vez creado el grupo motor se realizó una *fase de trabajo interno* donde se acordó una declaración de intenciones que recoge la misión, visión, principios y valores operativos del proyecto, veamoslos a continuación:

- **Misión:** Mejorar el bienestar de los ciudadanos.
- **Visión:** Desarrollar, consolidar el proyecto Vallecas Activa como ejemplo de buenas prácticas de trabajo comunitario del que se beneficien y participen cada vez un número mayor de personas.

■ Principios:

- Compromiso.
- Dialogo y saber escuchar.
- Paciencia, la capacidad de enseñar, perdonar los errores del otro.
- La humildad, el respeto hacia uno mismo y hacia los demás.
- Integridad y honestidad como cimientos de la confianza.
- Transparencia y prudencia en las comunicaciones.
- Responsabilidad en los actos.
- Ser solidarios.

■ Valores operativos:

- Trabajar desde el corazón. El equipo Vallecas Activa debe trabajar desde el corazón por el Bienestar de los demás.
- Escuchar de Forma Animada. Trataremos a cada persona del equipo Vallecas Activa como un individuo único, escuchándole atentamente y aportando energía y vitalidad a cada encuentro. Procuraremos primero comprender y después ser comprendidos.
- Compartir Conocimientos. Todas las personas del equipo Vallecas Activa trabajamos juntas para mejorar el bienestar de los ciudadanos. Compartir conocimientos es un compromiso de todas las personas que trabajamos en este equipo.
- Vive y Transmite la visión del proyecto Vallecas Activa. Todas las personas que trabajamos en este proyecto somos representantes de un estilo de vida saludable y equilibrado. Este es un proyecto fantástico donde trabajar, sientes que eres una persona especial y que transmites bienestar a los demás mientras trabajas. Tú eres el mejor representante de nuestro proyecto.
- Maximizar Oportunidades. Todas las personas del equipo trabajamos por mejorar el servicio y poner en valor al proyecto y a las personas que lo desarrollan. Es responsabilidad de todo el Equipo notificar los defectos que encontremos en los procesos que desarrollemos y sugerir tus propias ideas para mejorar.
- Crecimiento Continuo. Todas las personas del equipo Vallecas Activa entendemos la gran oportunidad que tenemos de desarrollarnos gracias a trabajar juntas en este proyecto. Entendemos que la mejora de uno de nosotros mejora la organización y por ello nos comprometemos al crecimiento y desarrollo continuo.

6.2. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

También en esta segunda fase fue necesario crear dos guías dirigidas a los profesionales que iban a desarrollar el proyecto. Una del programa de trabajo social a través del deporte (Sánchez, 2016b) dirigida a los profesionales de servicios sociales para que pudiesen comprender en que consistía el programa, porque se realizaba y cual era su participación; y otra guía del programa salud + deporte (Sánchez, 2016a) dirigida a que pudiesen comprenderlo e interiorizarlo los profesionales del ámbito de la salud.

En la *fase de salida a la comunidad* se deciden crear dos órganos para fomentar la participación:

- Asamblea de usuarios: Constituida por un usuario representante de cada uno de los grupos creados elegidos entre los propios usuarios. Tendrán como funciones: intervenir en la toma de decisiones que afectan y repercuten en los programas en los que participan, colaborar en la mejora de las actividades desarrolladas y promover la participación de los usuarios en la gestión del proyecto.
- Asamblea general: Es el órgano supremo de gobierno del proyecto y está compuesta por la asamblea de usuarios y el Grupo Promotor. Se reúne de forma ordinaria una vez al año en el mes de julio.

Y como última fase, la *extensión del proyecto a los restantes distritos* de la ciudad de Madrid. Esta fase ha sido la más costosa y todavía se encuentra sin finalizar. Para poder extender el programa al resto de la ciudad ha sido necesario crear dos convenios de colaboración:

- Convenio general de colaboración entre el Área de Gobierno de Cultura y Deportes y el organismo autónomo Madrid Salud para la realización de actuaciones conjuntas en materia de promoción de la salud y de la actividad física. Este Convenio fue firmado el 28 de junio de 2016 y desde entonces se está aplicando.
- Convenio marco de colaboración entre el ayuntamiento de Madrid, Madrid Salud y el Servicio Madrileño de Salud para la promoción de la actividad física y el deporte. Este convenio está diseñado y se trató de firmar el 3 de junio del 2015, pero finalmente no se ha rubricado hasta la actualidad.

Han participado en la construcción del proyecto los profesionales que trabajan en cada uno de los centros de trabajo indicados a continuación, desde aquí todo mi reconocimiento por la gran labor desarrollada:

1. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.

- Centro Salud Entrevías.

- Centro Salud José María Llanos.
 - Centro Salud Vicente Soldevilla.
 - Centro Salud Ángela Uriarte.
 - Centro Salud Buenos Aires.
 - Centro Salud Alcalá de Guadaira.
 - Hospital Infanta Leonor. Pediatría.
2. CENTRO MADRID SALUD PUENTE DE VALLECAS.
 3. FACULTAD CIENCIAS DEL DEPORTE. UNIVERSIDAD POLITÉCNICA MADRID.
 4. FACULTAD DE CIENCIAS DEL DEPORTE. UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA.
 5. FACULTAD TRABAJO SOCIAL. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID.
 6. SERVICIOS SOCIALES GENERALES DE PUENTE DE VALLECAS.
 7. CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES PUENTE DE VALLECAS
 - Servicios Sociales Pablo Neruda.
 - Servicios Sociales San Diego.
 - Servicios Sociales Ramón Pérez de Ayala.
 - Servicios Sociales Entrevías.
 8. UNIDAD DE CULTURA PUENTE DE VALLECAS.
 9. CENTROS EDUCATIVOS PUENTE DE VALLECAS.
 - IES Arcipreste de Hita.
 - Escuela Profesional 1º de Mayo.
 - CC Cumbre Oxford.
 - CEIP Francisco Ruano.
 - CEIP García Morente.
 - CEIP Giner de los Ríos.
 - CC Liceo Cónsul.
 - CEIP Padre Mariana.
 - CC Santa Rafaela María.

6.3. RECONOCIMIENTOS PÚBLICOS

Figura 6.11:
Accesit de los VIII Premios Estrategia NAOS (2015).

Relación de premiados y accésits concedidos en la convocatoria de VIII Premios Estrategia NAOS, edición 2014

Modalidad		Denominación del proyecto o programa	Presentado por
A la promoción de una alimentación saludable en el ámbito familiar y comunitario.	Premio.	¿Cómo me lo como!	Asociación Banco de Alimentos de Cádiz, Andalucía.
	1.º accésit.	Programa Thao-Salud Infantil.	Fundación Thao. Cataluña.
	2.º accésit.	Comunidad Saludable 2.0.	Ayuntamiento de Tineo y Fundación Alimerka. Principado de Asturias.
A la promoción de la práctica de la actividad física en el ámbito familiar y comunitario.	Premio.	Irun Sasoián.	Ayuntamiento de Irun. País Vasco.
	1.º accésit.	Vallecas Activa.	Ayuntamiento de Madrid, Madrid Salud y Comunidad de Madrid.
	2.º accésit.	Programa Corazones enchufados al Deporte.	Servicio Municipal de Deportes del M.I. Ayuntamiento de Corella. Comunidad Foral de Navarra.

cvie: BOE-A-2015-5944
Verificable en <http://www.boe.es>

- CEIP José María de Pereda.
- CC Santo Ángel.
- CEIP Manuel Núñez de Arenas.

10. SECCIÓN DE EDUCACIÓN DE PUENTE DE VALLECAS.
11. CONCEJALÍA DEL DISTRITO PUENTE DE VALLECAS.
12. FEDERACIÓN DEPORTIVA MADRILEÑA BALONCESTO.
13. CENTRO DEPORTIVO MUNICIPAL DE ENTREVÍAS.

6.3. Reconocimientos públicos

El programa Vallecas Activa ha sido galardonado con diferentes reconocimientos por instituciones tanto de nivel nacional, como europeo. Veámoslo en orden cronológico:

La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), concedió al programa Vallecas Activa, en su edición de premios de 2014, el **primer accésit de los VIII Premios Estrategia NAOS** (ver fig.6.11). La estrategia NAOS es creada por el Ministerio de Consumo para fomentar en la población una alimentación saludable y la práctica de la actividad física, previniendo la obesidad de la población.

En 2015, Vallecas Activa es reconocido como **ejemplo de buenas prácticas europeo** través del programa JA-CHRODIS (ver fig.6.12). Este programa es una iniciativa de la Comisión Europea para promocionar estilos de vida saludables y realizar prevención primaria de enfermedades crónicas en Europa.

En la X edición de los Premios Estrategia NAOS, celebrados por la AESAN en 2016, obtiene el **primer premio a la promoción de la práctica de la actividad física en**

Figura 6.12:
Buenas prácticas europeas.



Fuente: Programa Europeo JA-CHRODIS (2015)

Figura 6.13:
Primer premio en los X Premios Estrategia NAOS (2017).

Relación de premiados y accésits concedidos en la convocatoria de X Premios Estrategia NAOS, Edición 2016

Modalidad		Denominación del proyecto o programa	Presentado por
A la promoción de una alimentación saludable en el ámbito familiar y comunitario	Premio	Escuela de salud del Ayuntamiento de Tineo: Un lustro de promoción de la salud en la comunidad.	Escuela de Salud del Ayuntamiento de Tineo. Principado de Asturias.
	1.º accésit	Alimentando tu salud: Promoción de la Alimentación Saludable y sostenible en la comunidad universitaria.	Universitat Illes Balears. Islas Baleares.
A la promoción de la práctica de la actividad física en el ámbito familiar y comunitario	Premio	Vallecas Activa.	Ayuntamiento de Madrid-Madrid Salud-Comunidad de Madrid.

cve: BOE-A-2017-6728
Verificable en <http://www.boe.es>

el **ámbito familiar y comunitario** (ver fig.6.13). Este mismo año, el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid le otorga el **premio a la mejor innovación social desde el trabajo social** (ver fig.6.14).

6.4. Extensión a los demás distritos de la ciudad

En la actualidad, la receta deportiva y la receta social, han sido aprobadas por el Ayuntamiento de Madrid y desde 2016 pueden utilizarse en todos los Centros Deportivos Municipales de Madrid (ver fig.6.15).

6.4. EXTENSIÓN A LOS DEMÁS DISTRITOS DE LA CIUDAD

Figura 6.14:
Premio a la innovación social.

The screenshot shows a web browser window displaying the website of the Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. The page is titled 'PREMIO A LA MEJOR INNOVACIÓN SOCIAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL'. The navigation menu includes: Inicio, El Colegio, ¿Qué Hacemos?, Participación, Ventanilla Única, and Contacto y buzón. The main content area features a sidebar with categories: Gala del Trabajo Social, PREMIO A LA MEJOR PRAXIS EN TRABAJO SOCIAL, PREMIO A LA MEJOR EXPERIENCIA FORMATIVA EN TRABAJO SOCIAL, PREMIO A LA MEJOR INNOVACIÓN SOCIAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL (highlighted), and Premios del Trabajo Social 2018. The main content area contains the following text: 'PREMIO A LA MEJOR INNOVACIÓN SOCIAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL', 'Desde el concepto de **innovación social** como la generación de propuestas que persiguen dar nuevas soluciones de manera distinta, eficientes y eficaces, a las necesidades sociales.', and '#PremioTSMadrid para: Vallecas Activa'. Below the text is a video player showing a group of people at an event. The footer includes contact information for the Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid and social media links for Twitter (@ColegioTSMadrid) and Facebook (Me gusta 5745).

Fuente: Colegio Trabajo Social de Madrid (2016)

CAPÍTULO 6. PROGRAMA VALLECAS ACTIVA

Figura 6.15:
Tarifas Centros Deportivos Municipales.

Tarifas 2016

Prestación de Servicios en Centros Deportivos Municipales

ABONO DEPORTE MADRID	ADULTO (27 a 64 años)	JUVEN (17 a 26 años)	INFANTIL (hasta 16 años)	MAJORS (A partir de 65 años)	RECONOCIMIENTO FAMILIA MONITORIA
TARJETA DEPORTE MADRID TOTAL	11,00 €				
CUOTA MENSUAL ABONO DEPORTE MADRID TOTAL	47,45 €	28,00 €	20,50 €	14,25 €	X
CUOTA MENSUAL ABONO DEPORTE MADRID REDUCIDO	39,00 €	20,50 €	*	13,75 €	X
CUOTA MENSUAL ABONO DEPORTE MADRID FIN DE SEMANA	23,75 €	18,00 €	14,25 €	7,15 €	X
CUOTA MENSUAL ABONO DEPORTE MADRID FAMILIAR			41,40 €		X
CUOTA MENSUAL ABONO DEPORTE MADRID USO LIBRE	20,50 €	20,50 €	17,75 €	8,85 €	X
CUOTA MENSUAL ABONO DEPORTE MADRID SALA MULTITRABAJO	24,00 €	19,20 €	*	*	X
CUOTA MENSUAL ABONO DEPORTE MADRID ACTIVIDAD DEPORTE	38,00 €	28,00 €	*	*	X
CUOTA MENSUAL ZONA TERMIAL, SPA, ABONADO DEPORTE MADRID TOTAL, USO LIBRE Y FAMILIAR			7,40 €		X

USO LIBRE	ADULTO (27 a 64 años)	JUVEN (17 a 26 años)	INFANTIL (hasta 16 años)	MAJORS (A partir de 65 años)	RECONOCIMIENTO FAMILIA MONITORIA
ENTRADA ZONA TERMIAL, MUSEUMACION, SALA MULTITRABAJO	5,00 €	4,00 €	3,50 €	1,50 €	0,00 €
ENTRADA ZONA TERMIAL	4,50 €	3,60 €	2,70 €	1,35 €	0,00 €
BANCAS DE RECIBO (SÁBADOS, DOMINGOS Y FESTIVOS)	6,00 €				
MOTORA					
LITILIZACION POLIDEPORTIVA					
BONO MULTISUB (10 sesiones)	40,00 €	32,00 €	24,00 €	12,00 €	
ABONO ANUAL DE VESTUARIO	81,90 €	*	*	81,90 €	
ENTRADA ZONA TERMIAL	8,85 €	7,80 €	*	3,05 €	X
LITILIZACION CIRCUITO BMX "MADRID ROL"	3,95 €	3,10 €	2,35 €	*	

ACTIVIDADES DEPORTIVAS DIVIDIDAS	ADULTO (27 a 64 años)	JUVEN (17 a 26 años)	INFANTIL (hasta 16 años)	MAJORS (A partir de 65 años)	RECONOCIMIENTO FAMILIA MONITORIA
CUOTA MENSUAL ACTIVIDAD DEPORTE Y SESIONES SEMANA	13,00 €	10,40 €	7,80 €	3,90 €	X
CUOTA MENSUAL ACTIVIDAD DEPORTE Y SESIONES SEMANA	20,50 €	20,50 €	15,00 €	7,60 €	X
CUOTA MENSUAL ACTIVIDAD DEPORTE Y SESIONES SEMANA	32,00 €	20,50 €	15,00 €	9,75 €	X
CUOTA MENSUAL ACTIVIDAD DEPORTE Y SESIONES SEMANA (excepto tenis y pádel)	20,50 €	7,15 €	4,55 €	3,90 €	X
CUOTA MENSUAL ACTIVIDAD DEPORTE Y SESIONES SEMANA (excepto tenis y pádel)	20,50 €	14,30 €	9,10 €	7,60 €	X
CUOTA MENSUAL ACTIVIDAD DEPORTE Y SESIONES SEMANA (excepto tenis y pádel)	32,00 €	17,80 €	11,40 €	9,75 €	X
CUOTA MENSUAL ACTIVIDAD DEPORTE Y SESIONES SEMANA (excepto tenis y pádel)	4,50 €	5,20 €	3,90 €	1,90 €	X
CUOTA MENSUAL ACTIVIDAD DEPORTE Y SESIONES SEMANA (excepto tenis y pádel)	13,00 €	10,40 €	7,80 €	3,90 €	X
CUOTA MENSUAL ACTIVIDAD DEPORTE Y SESIONES SEMANA (excepto tenis y pádel)	19,20 €	13,60 €	9,75 €	4,80 €	X
CUOTA MENSUAL ACTIVIDAD DEPORTE Y SESIONES SEMANA (excepto tenis y pádel)			3,90 €		X
CUOTA SERVICIO PERSONALIZADO	20,50 €	20,50 €	15,00 €	7,60 €	X
MÓDULO CURSO INTERMEDIO ESPECIAL (16 sesiones de actividad deportiva)	15,00 €	12,00 €	9,00 €	4,50 €	X
MÓDULO CURSO INTERMEDIO ESPECIAL (16 sesiones de actividad deportiva)	7,50 €	6,00 €	4,50 €	2,25 €	X

USO DE ESPACIOS DEPORTIVOS	DEPORTE	PROBADO	NO PROBADO	CON TARJETA DEPORTE MADRID	CON TARJETA DEPORTE MADRID
PISTA DE BALONCESTO TRES CONTRA TRES	17,00 €	25,50 €	38,15 €		
DEPORTE DEPORTIVO ENDEPORTE MADRID (16 sesiones de actividad deportiva)	8,50 €			70,00 €	40,00 €
CAMPO DE FUTBOL 11, RUGBY Y BÉISBOL				22,50 €	22,50 €
CAMPO DE FUTBOL 7				30,00 €	30,00 €
INSTRUMENTO ESPECIAL PARA DEPORTE MADRID (16 sesiones de actividad deportiva)				11,25 €	11,25 €
CAMPO DE FUTBOL 5				30,00 €	30,00 €
INSTRUMENTOS, INSTRUMENTOS, PISTAS DE ATLETISMO Y AUDIOTRONS		220,00 €			
INSTRUMENTO DE WATERPOLO		54,00 €			
INSTRUMENTO DE WATERPOLO		27,00 €			
ALUJAS Y SALAS			38,00 €		
CALLE DE PISCINA DE 25 METROS, CALLE DE ATLETISMO O VISO DE ENSEÑANZA		54,00 €			
PISTA DE TENIS O PÁDEL (Categorías infantes 40%, juveniles 20% y Mayor 70%)	6,90 €		11,15 €		
PISTA DE FRONTON (Categorías infantes 40%, juveniles 20% y Mayor 70%)	6,90 €		20,50 €		
PISTA DE SQUASH	8,50 €		6,90 €		
PISTA DE BÓLEA (Categorías infantes 40%, juveniles 20% y Mayor 70%)			6,90 €		
PISTA DE SACRAMENTO			3,45 €		

SESION DE ESPACIOS DEPORTIVOS PARA ENTRENAMIENTOS	ADULTO (27 a 64 años)	JUVEN (17 a 26 años)	INFANTIL (hasta 16 años)
SESION TEMPORAL DE ENTRENAMIENTO DEPORTE MADRID (16 sesiones de actividad deportiva)	42,00 €	21,45 €	15,00 €
SESION TEMPORAL DE ENTRENAMIENTO DEPORTE MADRID (16 sesiones de actividad deportiva)	21,45 €	10,75 €	7,50 €
SESION TEMPORAL DE ENTRENAMIENTO DEPORTE MADRID (16 sesiones de actividad deportiva)			10,20 €

Fuente: Ayto. de Madrid (2016)

6.4. EXTENSIÓN A LOS DEMÁS DISTRITOS DE LA CIUDAD

Cuadro 6.2:
Implantación Receta Social en Madrid capital (2018).

Distrito	% usuarios
Puente Vallecas	37'86
Villaverde	8'74
Moratalaz	8'66
Ciudad Lineal	8'66
Villa de Vallecas	5'99
Arganzuela	5'50
Latina	5'26

Cuadro 6.3:
Implantación Receta Deportiva en Madrid capital (2018).

Distrito	% usuarios
Puente Vallecas	48'02
Vicálvaro	7'73
Moratalaz	7,33
Villaverde	7'15
Villa de Vallecas	6'28
Latina	5'22

En cuanto al grado de implantación del programa a nivel de ciudad veremos que existen importantes diferencias. Durante el 2018 se han beneficiado 1236 ciudadanos de los descuentos deportivos por la receta social. En el cuadro.6.2 se muestran los distritos que tienen más de un 5 % de beneficiarios del programa.

La implantación de la Receta Deportiva a nivel de ciudad ocurre algo similar, durante el 2018 se han beneficiado de los descuentos 1035 ciudadanos que como muestra el cuadro.6.3 están repartidos de forma muy desigual por la ciudad. Al igual que en la tabla anterior, únicamente se muestran los distritos que tienen más de un 5 % de beneficiarios del programa.

Importante indicar que las derivaciones tanto a través de la receta social como la receta deportiva se están produciendo únicamente desde los Centros de Servicios Sociales Municipales y desde los Centros Municipales de Salud mediante convenio de colaboración entre el Área de Gobierno de Cultura y Deportes y el organismo autónomo Madrid Salud de fecha 28 de junio de 2016.

Las derivaciones desde los Centros de Salud de Atención Primaria se están realizando desde el inicio del proyecto únicamente en el Distrito Puente de Vallecas quedando pendiente la aprobación de los mecanismos de coordinación para su implantación de forma institucional en toda la ciudad.

Parte IV

TRABAJO EMPÍRICO

Capítulo 7

Diseño Metodológico

7.1. Autorización de investigación

En primer lugar se solicitó autorización para llevar a cabo el estudio. Esta fue concedida por parte del Gerente del Distrito de Puente Vallecas con fecha de 29 de abril del 2015, para realizar una investigación en relación al programa denominado Vallecas Activa (ver fig.7.1). La autorización nos dió acceso a datos estadísticos, a entidades públicas que participan en el proyecto y a los propios usuarios del programa. Se ha contado con la colaboración de los Directores del Polideportivo como del Centro de Servicios Sociales de Entrevías, que han facilitado la labor de entrevistar a profesionales y pasar cuestionarios a los usuarios.

7.2. Tipo de estudio

Se tomó la decisión de realizar un estudio de cohortes prospectivo tomando como población de estudio a todos los participantes de actividades del polideportivo. Debido a las características de los programas, se dividió el estudio en dos partes: los derivados desde los Centros de Salud, y los que se envían desde los Centros de Servicios Sociales. Se llevo a cabo una temporalización de las acciones a realizar, reflejadas en la figura 7.2. En el poster (ver fig.7.3) se muestra un resumen de la investigación prevista. Para la elaboración del poster se ha utilizado como bibliografía de referencia Navarro et al. (2011) y Purrington (2015).

Figura 7.1:
Autorización para realizar la investigación.



GERENTE DE DISTRITO
José Antonio Ramos Medrano

ESTEBAN SÁNCHEZ MORENO
PROFESOR TITULAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
CAMPUS DE SOMOSAGUAS
POZUELO DE ALARCÓN
28223 MADRID

Madrid, 29 de abril de 2015

Estimado Sr

En contestación a la petición formulada por este Departamento de Sociología V de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid, solicitando autorización para poder realizar un trabajo de investigación en relación al programa denominado Vallecas Activa que se está llevando a cabo en el CDM Entrevías, se informa que por parte de este Distrito de Puente de Vallecas no existe inconveniente alguno en aceptar esta colaboración, por lo que se autoriza que puedan que se pueda llevar a cabo la investigación propuesta por ese Departamento

La persona con la que pueden ponerse en contacto con la coordinación de esta investigación es D Oscar Sánchez Campos, Director del citado centro deportivo municipal

Atentamente

José Antonio Ramos Medrano

7.3. POBLACIÓN DE REFERENCIA Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Figura 7.2:
Temporalización del estudio.

Trimestres	2015			2016			2017
	Ene-Mar	Abr-Jun	Oct-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Oct-Dic	Ene-Mar
Rev. literatura científica.							
Marco teórico.							
Diseño de investigación.							
Recogida de información.							
Análisis de datos.							
Publicaciones e informe final.							

7.3. Población de referencia y selección de la muestra

7.3.1. Usuarios derivados por el Médico de familia

Se ha considerado como grupo de expuestos a todos los participantes en el programa Vallecas Activa que hayan sido derivados por su médico de atención primaria. Como grupo no expuesto se consideró a grupos de características homogéneas a los de Vallecas Activa que existan de forma natural en el polideportivo. Para ello se estudió previamente la similitud entre ambos grupos con respecto a las variables edad media y composición similar en función del sexo de sus componentes.

A la población diana elegida se le ha solicitado su colaboración para el estudio y a los que han aceptado se les ha pasado el cuestionario en dos ocasiones, la primera vez cuando se incorporan a la actividad, y la segunda vez a los 6 meses de estar realizando actividades deportivas. Para identificar los usuarios se les ha solicitado su número de DNI como identificador junto con la autorización de participar en el estudio. También se solicitó el número de teléfono para contactar con ellos en caso necesario.

Se tomó como valor de referencia variables tales como que tengan sentimiento de soledad. Los resultados se analizaron mediante regresión logística comparando con el grupo que hace actividades en el polideportivo pero no participa en Vallecas activa.

7.3.2. Usuarios derivados por el Trabajador Social

Mediante un único cuestionario, se realizó un estudio exploratorio de las variables:

- Red personal
- Capacidad adquisitiva

Figura 7.3:


Poster. La Comunidad ... se pone en forma.

La Comunidad ... se pone en forma.

Ángel J. Sánchez Campos
Dirigido por: D. Esteban Sánchez Moreno y Dña. Marta Blanco Carrasco.

Introducción

- Las instituciones públicas trabajan por la mejora de su población diana.
- La competencia y especialización de cada institución pública se impone en el día a día. La excesiva especialización tiene el efecto de obstaculizar el trabajo por el fin común.
- El cuidado de la salud tiene un componente individual y otro comunitario.
- ¿Que pueden aportar las instituciones públicas en su tarea cotidiana que mejore la salud comunitaria?



Descargar en PDF

Agentes:

- Sanidad
- Servicios Sociales
- Educación
- Deporte.


Objetivos:

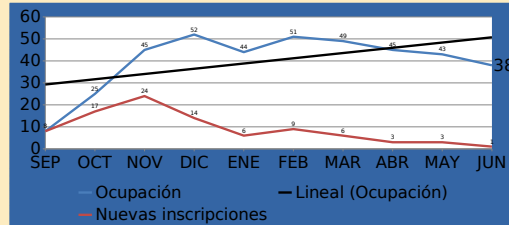
- Mejorar la eficiencia de los recursos públicos.
- Acometer un "cambio cultural".
- Integración → Población RMI.
- Mejorar la salud → Derivados por el médico.

Distritos:


- Puente de Vallecas.
- Moratalaz.

Programa Vallecas Activa





Evolución de la participación de población RMI.



Objetivos

- Evaluar la aportación del Programa Vallecas Activa a la población de RMI que participa en él.
- Evaluar el efecto en la salud de las personas derivadas por su médico de familia.
- Evaluar el impacto que tiene el Programa Vallecas Activa en la comunidad.

Método


(Estudio cohortes prospectivo).


- Población de RMI**
 - Red personal.
 - Capacidad adquisitiva
 - Alternativas de ocio
 - Habilidades básicas
 - Generar háb. positivos.
- Derivación del médico de familia**
 - Cambio en hábitos básicos.
 - Percepción personal de la salud.
- Evaluar el impacto en la comunidad**

	Dirigido a:	Forma de medir:	Observaciones
Población RMI			
Red Personal	Part. V. Activa		
Capacidad adquisitiva	P. RMI Distrito	1 cuestionario	Seguimiento de RMI
Alternativas de ocio			
Habilidades básicas	Part. V. Activa	Informe mensual	
Generar háb. positivos		2 cuestionarios	1ª sesión y 6 meses
Derivados médico de familia			
Hábitos básicos	V. Activa y Polideportivo	2 cuestionarios	1ª sesión y 6 meses
Percep. personal salud			
Impacto en la Comunidad			


	2015			2016			2017
	Ene-Mar	Abr-Jun	Oct-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Oct-Dic	Ene-Mar
Rev. literatura científica.							
Marco teórico.							
Diseño de investigación.							
Recogida de información.							
Análisis de datos.							
Publicaciones e informe final.							

VALLECAS ACTIVA HA OBTENIDO PRIMER ACCESIT PREMIOS "ESTRATEGIA NAOS 2014" A LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ÁMBITO FAMILIAR Y COMUNITARIO.





UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID



VALLECAS
ACTIVA

Contact: Ángel J. Sánchez
Facultad de Trabajo Social
Universidad Complutense de Madrid
Campus de Somosaguas
28223 Pozuelo de Alarcón, Madrid.

Phone: (+34) 663.143.512
Email: angeljsa@ucm.es

156 *IS comunitario a través del deporte*

7.4. OBJETIVOS PLANIFICADOS

- Alternativas de ocio

El cuestionario ha estado dirigido a toda la población de RMI del distrito, solicitando su participación voluntaria en el estudio durante la sesión de seguimiento grupal de la RMI.

Para obtener los datos de habilidades básicas de los participantes en el programa Vallecas Activa, se ha recurrido al Informe mensual que realizan los técnicos deportivos para servicios sociales. Se han comparado el primer informe y el sexto para obtener la evolución debida a los efectos del programa. Se han estudiado la existencia de factores de confusión que puedan afectar a esta relación.

También estaba previsto recoger datos para estimar la capacidad del programa en generar un hábito positivo en la conducta de las personas, recogiendo datos de los participantes en el programa Vallecas Activa en dos momentos de su participación en el programa: al inicio y a los 6 meses. Con los datos obtenidos se quería generar un índice. Esta cuestión no se ha podido llevar a la práctica, por la imposibilidad de conseguir pasar todos los cuestionarios previstos, como ya se había adelantado en la introducción de esta tesis.

7.4. Objetivos planificados

En la fase de diseño se establecieron los siguientes objetivos de estudio:

1. Evaluar la aportación del Programa Vallecas Activa a la población de RMI que participa en él.
 - a) Comparar el tamaño de la red personal de los participantes en el programa Vallecas activa, con los que no participan.
 - 1) Medir tanto tamaño de la red como intensidad de las relaciones.
 - b) Comparar las habilidades básicas en las dos poblaciones de referencia.
 - 1) Puntualidad
 - 2) Respeto a las normas
 - 3) Vestuario adecuado
 - 4) Aceptación de las normas de conducta de grupo
 - c) Comparar la capacidad adquisitiva en las dos poblaciones de referencia.
 - 1) Ingresos familiares reglados (Nómina, desempleo, pensiones, RMI, ...)
 - 2) Nº de miembros que componen la familia.
 - 3) Gastos mensuales habituales:
 - Hipoteca/alquiler vivienda.

- Suministros (luz, gas, etc)
 - Productos básicos (alimentos, ropa, medicinas, etc)
 - Otros gastos (transporte, . . . , especificar)
- 4) Capacidad de pago (calculada)
 - 5) Renta per cápita (calculada)
- d) Medir la importancia del deporte como alternativa de ocio.
- 1) De un listado abierto de alternativas de ocio, ordenar según la preferencia.
- e) Capacidad de generar un hábito positivo que mejore en el estilo de vida personal.
- 1) Horas de ejercicio a la semana
 - 2) Horas de TV semanales
 - 3) Horas de ordenador semanales
 - 4) ¿si en mi casa tengo ascensor y escaleras? ¿Cómo subo? ¿Cómo bajo?
 - 5) ¿Cómo voy a un sitio que está a 3 km de mi casa? (si no tengo prisa y hace buen tiempo) Coche, bici, andando, metro, autobús, taxi, etc.
2. Evaluar el efecto que produce en la salud personal de las personas que vienen derivadas por su médico de cabecera al Programa Vallecas Activa.
- a) Medir el cambio que se produce en hábitos básicos.
- 1) Alimentación
 - 2) Sedentarismo vs actividad
- b) Evaluar al cambio que se produce en la percepción personal de la salud.
- 1) Veces que acude al médico
 - 2) Sensación de malestar, dolores
 - 3) Tomas de Medicación
 - 4) Sentimiento de soledad
 - 5) Satisfacción personal
 - 6) Ganas con las que viene a clase (me cuesta, estoy deseando,...)
3. Evaluar el impacto que tiene el Programa Vallecas Activa en la comunidad.
4. Conocer y valorar las estrategias comunitarias utilizadas para su funcionamiento.

7.5. RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Figura 7.4:
Planificación de la fase de recogida de información.

	Dirigido a:	Forma de medir:	Observaciones
Población RMI			
Red Personal	Part. V. Activa P. RMI Distrito	1 cuestionario	Seguimiento de RMI
Capacidad adquisitiva			
Alternativas de ocio			
Habilidades básicas	Part. V. Activa	Informe mensual	1ª sesión y 6 meses
Generar háb. positivos			
Derivados médico de familia			
Hábitos básicos	V. Activa y Polideportivo	2 cuestionarios	1ª sesión y 6 meses
Percep. personal salud			
Impacto en la Comunidad			

7.5. Recogida de información

7.5.1. Cuestionarios

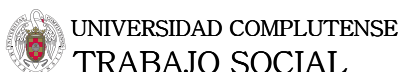
Se han diseñado dos modelos de cuestionarios, uno dirigido a la población que deriva al polideportivo el médico de atención primaria y otro destinado a la población de RMI. La fase de recogida de información se planificó conforme a lo recogido en la figura 7.4.

Todos los cuestionarios constan de una hoja informativa en la que se expone de forma breve el objetivo del estudio, en que consiste la participación y una breve referencia sobre la confidencialidad de los datos. El contenido de ésta se puede ver de forma detallada en la figura 7.5.

También tiene incorporado un consentimiento informado de obligado cumplimiento para participar en el estudio, en el que se explicita que la participación es voluntaria, y que los datos son confidenciales. El consentimiento utilizado se puede ver en la figura 7.6.

Añadir que el haber realizado toda la fase práctica de la investigación sin coste alguno, ha supuesto un gran desgaste personal. Hubiera facilitado mucho la recogida de información el haber contado con algún presupuesto a la hora de pasar los cuestionarios. La consecuencia directa ha sido la dificultad técnica de pasar todos los cuestionarios necesarios lo que ha repercutido en una baja potencia del estudio realizado. No obstante, la relevante información aportada por el mismo hace que se pueda considerar como un estudio preliminar. No se han encontrado estudios previos similares en el resto de España.

Figura 7.5:
Cuestionarios. Hoja informativa.



HOJA INFORMATIVA

La presente hoja le anima a participar en el estudio: La Comunidad...se pone en forma.

Para la elaboración del mismo están colaborando de manera conjunta las siguientes instituciones: *Los servicios deportivos y servicios sociales del Distrito Puente Vallecas, Madrid Salud, Renta Mínima de Inserción, Equipo de Atención Primaria y Universidad Complutense de Madrid.*

Es importante que comprenda en su totalidad la información que le facilita este documento antes de firmar el formulario de Consentimiento Informado. Para resolverle cualquier duda, tiene a su disposición a la persona que le ha entregado esta información.

Su participación es completamente voluntaria y depende de su elección. En este estudio se espera que participen 400 personas como usted.

¿Cuál es el objetivo de este estudio?

Tiene por objetivo principal comprender la magnitud del efecto que produce el programa Vallecas Activa en sus participantes.

¿En qué consiste la participación?

Para participar usted tiene que estar de acuerdo en rellenar un cuestionario suministrado, y haber firmado el Consentimiento Informado. Rellenar el cuestionario le llevará unos veinte minutos.

En el cuestionario se le preguntará algunos datos sobre su estado de salud, su alimentación y sus hábitos deportivos.

Si, iniciado el cuestionario, decide retirarse del estudio, puede hacerlo cuando quiera sin tener que dar ningún tipo de explicación. Su participación es voluntaria y no va a recibir nada a cambio. Si debe conocer que su contribución es valiosa para aumentar el conocimiento científico.

Confidencialidad de los datos

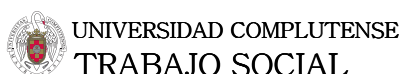
Toda la información que nos proporcione se tratará según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, utilizando códigos para asegurar la confidencialidad. Sólo los miembros del equipo investigador encargados de contactar con usted conocerán sus datos personales. El resto de los miembros del equipo trabajarán con códigos, ignorando a qué persona le corresponde cada código.

Todas las instituciones arriba mencionadas le garantizan que la información que nos suministre es estrictamente confidencial y nunca podrá ser utilizada en su contra. También le garantizan que toda la información recogida será destruida en su totalidad una vez finalizado el estudio. Por todo ello le rogamos responda con la mayor sinceridad posible a las cuestiones planteadas.



Servicio Madrileño de Salud
Dirección General de
Atención Primaria
Comunidad de Madrid

Figura 7.6:
Cuestionarios. Consentimiento informado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Comunidad...se pone en forma.

D./D^a. (Nombre y apellidos) con
NIF/NIE:.....(incluidas las letras).

He leído la hoja de información que se me ha entregado, he realizado las preguntas sobre el estudio que he estimado necesarias, habiendo recibido suficiente información sobre el mismo por medio del encuestador:.....

- Entiendo que mi participación es voluntaria.
- Entiendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin dar explicaciones.
- Se me garantiza que TODOS los datos que aporte al estudio son completamente confidenciales, y EN NINGÚN CASO influirán en decisiones que me puedan perjudicar.
- Con este acto presto libremente mi conformidad para participar en el estudio en la fecha abajo indicada.

Madrid, a ____ de _____ de 201__

Firma de la persona encuestada

Si una vez finalizado el estudio desea que le informemos sobre las conclusiones del mismo, facilítenos a continuación su correo de electrónico para que se lo podamos hacer llegar:.....



7.5.1.1. Cuestionario dirigido a grupos específicos de salud.

El cuestionario se diseñó tanto en formato papel como on-line, para pasar a los componentes de los grupos específicos de salud. Esta compuesto de 36 preguntas que recogen las variables mostradas en el cuadro 7.1.

Cuadro 7.1:
Items recogidos en el cuestionario de grupos de salud.

VARIABLES DESCRIPTIVAS	
Sexo	Estado civil
Año de nacimiento	Nivel formativo
Composición familiar	Nº de hijos
VARIABLES ESTADO DE SALUD	
Veces acude a la consulta del médico	Valoración de su estado de salud
Puntuar su salud actual	Con malestar, ¿que le duele?
Frecuencia de los dolores	Intensidad de los dolores
Medicación habitual	Frecuencia de la medicación
Gasto en medicamentos	Medicinas gratuitas
OTRAS VARIABLES	
Soledad	Alimentación
Motivación para practicar deporte	Actividad física desarrollada

En la figura 7.7 se muestra un ejemplo del formato de preguntas realizadas en dicho cuestionario. Para mayor detalle el Apéndice B recoge el cuestionario completo.

Para medir si existe algún efecto debido a la participación en el programa se ha creado un cuestionario «ad hoc» para todos los participantes derivados por su médico de familia. El cuestionario se ha pasado en dos ocasiones con 6 meses de diferencia entre ambas para poder evaluar el efecto producido.





El cuestionario fue diseñado en formato on-line para minimizar los errores y esfuerzos de tener que mecanizarlo posteriormente. Los responsables de pasar el cuestionario han sido los entrenadores deportivos los cuales han sido formados con anterioridad para que puedan desarrollar el cometido correctamente. Se ha tratado de incluir en el protocolo del polideportivo que el cuestionario fuese rellenado por todos los nuevos participantes a medida que se fuesen incorporando al programa.

7.5.1.2. Cuestionario dirigido a grupos de RMI

El cuestionario dirigido a la población de RMI se diseñó únicamente en formato on-line (ver fig.7.8) para encuestar a todos los mayores de edad que percibían la RMI y a la vez participaban en las actividades del polideportivo. El cuestionario esta compuesto por 76 preguntas que recogen las variables que se muestran en el cuadro 7.2.

7.5. RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Figura 7.7:
Ejemplo preguntas cuestionario de Salud.

 UNIVERSIDAD COMPLUTENSE TRABAJO SOCIAL	  
P8. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido? Seleccione sólo una opción	
Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo	[V14] <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
P9. Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY. Donde: - 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar. - 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar. Por favor, valore de 0 a 100 lo buena o mala que es su salud HOY. Escriba el número.	
# <input style="width: 50px;" type="text"/>	[V15]
P10. Cuando tiene dolores o sensación de malestar ¿qué le duele? Escriba texto libre	
<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	[V16]
P11. ¿Cada cuánto tiene dolores? Seleccione sólo una opción	
No tengo dolores Muy esporádicos Una vez a la semana 2 o 3 veces a la semana 4 o más veces a la semana Diariamente Varias veces al día	[V17] <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
P12. ¿Cómo suelen ser los dolores? (Gradúe la intensidad): Seleccione sólo una opción	
No tengo dolores Muy poco Poco Normal Bastante fuertes Muy fuertes	[V18] <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5



Cuadro 7.2:
Items recogidos en el cuestionario de grupos de RMI.

VARIABLES DESCRIPTIVAS	
Sexo	Estado civil
Año de nacimiento	Nacionalidad
Composición familiar	Nº de hijos
Nivel formativo	
VARIABLES SITUACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR	
¿Cómo fue su primer trabajo?	¿A que edad?
Sector de trabajo	Última ocupación
Tiempo desempleado	Procedencia ingresos actuales
Gastos mensuales	Ayudas percibidas
¿Cómo suelen llegar a final de mes?	
VARIABLES ESTILO DE VIDA	
Tabaco	Alcohol
Televisión	Ordenador
Transporte	Ocio
Deporte	Tiempo libre
VARIABLES RED SOCIAL	
Red personal	Apoyo social y comunitario

Como grupo de control se utilizó al resto de población del distrito que percibe RMI. Para pasar los cuestionarios se solicitó la colaboración de alumnos de la Facultad de Trabajo Social que estaban realizando las prácticas en el Centro de servicios sociales de Entrevías. Mi agradecimiento desde aquí a: Ana García, Beatriz Bautista, Beatriz Pintanell, Irene C.C., Irene J.S., Noelia Lage y Susana Estevez.

7.5.2. Entrevistas

Con el objetivo de poder medir el impacto de la investigación a la vez que se adquiere una valiosa información sobre valoraciones del programa y problemas encontrados, se decidió entrevistar a informantes clave. Para ello se realizaron las siguientes entrevistas en profundidad:

- 1 Cargo político del municipio (por problemas de agenda no fue posible entrevistarlo).
- 2 Directores.
- 3 profesionales: 1 Trabajador Social, 1 Médico y 1 Entrenador deportivo.
- 4 Usuarios: 2 Del programa de Salud y 2 del programa de RMI.

Todas las entrevistas realizadas se analizaron mediante técnicas cualitativas apoyándose

Figura 7.8:
Cuestionario. RMI.

Cuestionario para RMI - completo -
*Obligatorio

Datos básicos

Sexo *

Mujer

Hombre

Año de nacimiento: *

Tu respuesta

Nacionalidad *

Española

Marroquí

Rumana

Ecuatoriana

Peruana

Otro: _____

País de nacimiento *

España

Otro: _____

en la herramienta informática Atlas.ti. El análisis cualitativo se ha centrado en obtener y completar información de las siguientes áreas temáticas: Creación del programa, forma de acceso, objetivos perseguidos, resultados obtenidos, factores clave para su realización, valoración del programa y principales inconvenientes encontrados. Para su conocimiento, en el apéndice D quedan recogidos los guiones utilizados en las entrevistas.

7.5.3. Puesta en práctica

Por parte tanto de la dirección del Centro Deportivo como de Servicios Sociales ha existido muy buena acogida y disposición para realizar el estudio, habiendo facilitado en todo momento la recogida de los datos obtenidos. El cuestionario dirigido a personas que participaban en los grupos de Salud estaba conformado por 36 preguntas, mientras que el preparado para la población de RMI estaba compuesto por 76 preguntas.

En total se ha logrado recoger información de 97 usuarios habituales del polideportivo, y 67 perceptores de RMI. Desde un primer momento, los entrenadores deportivos fueron los encargados de recoger la información de los usuarios que acudían al centro deportivo. Los cuestionarios fueron diseñados en formato on-line para evitar errores de mecanización y facilitar su recogida a través de tablet u ordenadores. Posteriormente, los entrenadores deportivos solicitaron tenerlo en formato papel para poderlo pasar en cualquier momento y en cualquier espacio. Durante el transcurso del tiempo, tal vez por el tamaño de los cuestionarios, y por tenerlos que pasar muchas veces, llegaron a considerar que no eran parte de sus funciones. Aunque lo realizaron dentro de su horario laboral y se les llegó a relegar de otras tareas importantes, terminaron viviendo el paso de los cuestionarios como una sobrecarga de trabajo, lo que dificultó poder encuestar a un número importante de personas con el segundo cuestionario. También se realizaron cuestionarios a población de RMI en el Centro de Servicios Sociales de entrevistas, aprovechando las convocatorias masivas que se realizaron para explicarles en que consistía el flashmob. En este caso se contó con la colaboración de los alumnos que estaban realizando sus prácticas de Trabajo Social en dicho centro. A todos los encuestadores se les explicó con antelación el objetivo del estudio, la importancia de su cometido, el cuestionario que tenían que pasar y la forma en que tenían que realizar las preguntas. El cuestionario dirigido a la población de RMI tenía muchas preguntas, lo que hacía que fuese muy largo de pasar. Si esta fase hubiera sido remunerada, de alguna forma, seguramente habría aumentado considerablemente la motivación de los encuestadores para realizar este cometido, y hubiera redundado en una mayor potencia del estudio.

Otra cosa que desde el principio se estableció con el centro deportivo era sistematizar el paso de los cuestionarios incluyendo en el protocolo del centro que se rellene el cuestionario junto con la inscripción en la actividad, de una forma rutinaria para todos los nuevos

7.5. RECOGIDA DE INFORMACIÓN

participantes que se fuesen incorporando al programa. Esta medida no se llegó a poner en funcionamiento por la carga de trabajo que sometía a los técnicos del polideportivo.

Capítulo 8

Resultados

8.1. Análisis cuantitativo

8.1.1. Grupo de Salud

A través de cuestionarios se ha recogido información de 97 usuarios del polideportivo, de los que tres de cada cuatro son mujeres.

8.1.1.1. Datos descriptivos

La mayoría de los participantes viven acompañados con al menos otra persona, encontrándose viviendo solos únicamente el 11 % de los encuestados. El estado mayoritario es el de casado en un 63 % de los encuestados, seguido con un 20 % de personas viudas. El nivel formativo es bajo (ver cuadro. 8.1), un 68 % de los entrevistados no poseen estudio alguno, o tienen únicamente los estudios básicos. La edad de la población se sitúa en 62 años (mediana) con un rango que oscila entre los 28 y los 82 años (ver fig. 8.1).

De los encuestados, 20 son usuarios de grupos normalizados y 73 han sido derivados por su médico de atención primaria al centro deportivo. Analizando la composición de los grupos por edad y sexo (ver cuadro 8.2), se observa similitud respecto a la distribución del sexo de los participantes encuestados ($P=.755$).

No ocurre lo mismo con la edad, (ver fig. 8.2) ya que al realizar una comparación de medias mediante una prueba T para muestras independientes y asumiendo igualdad de varianzas ($P=.716$), se puede afirmar que los grupos construidos no son homogéneos. Como se aprecia

8.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

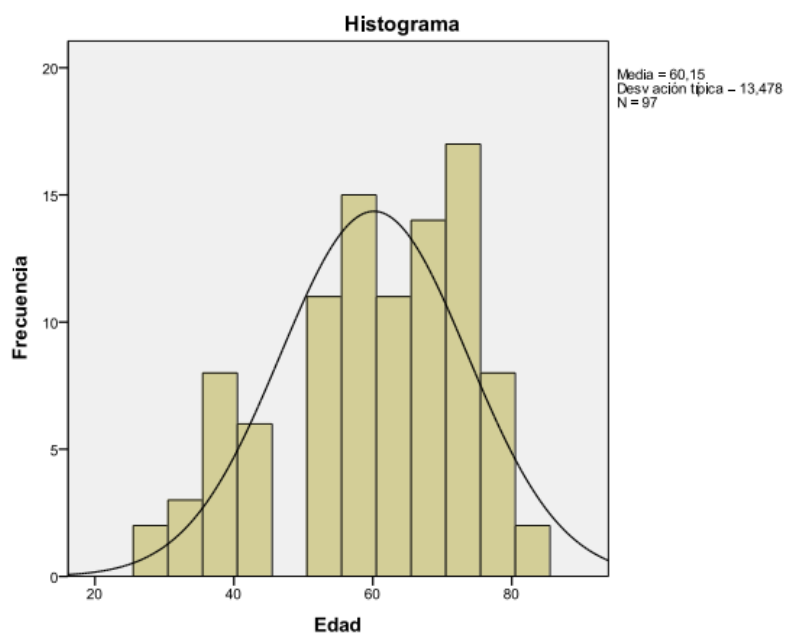
Cuadro 8.1:

Nivel Formativo en el Grupo de Salud.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	17	17.5
Estudios primarios	49	50.5
Estudios medios	24	24.7
Estudios superiores	7	7.2
Total	97	100

Figura 8.1:

Distribución de la Población Encuestada según Edad.

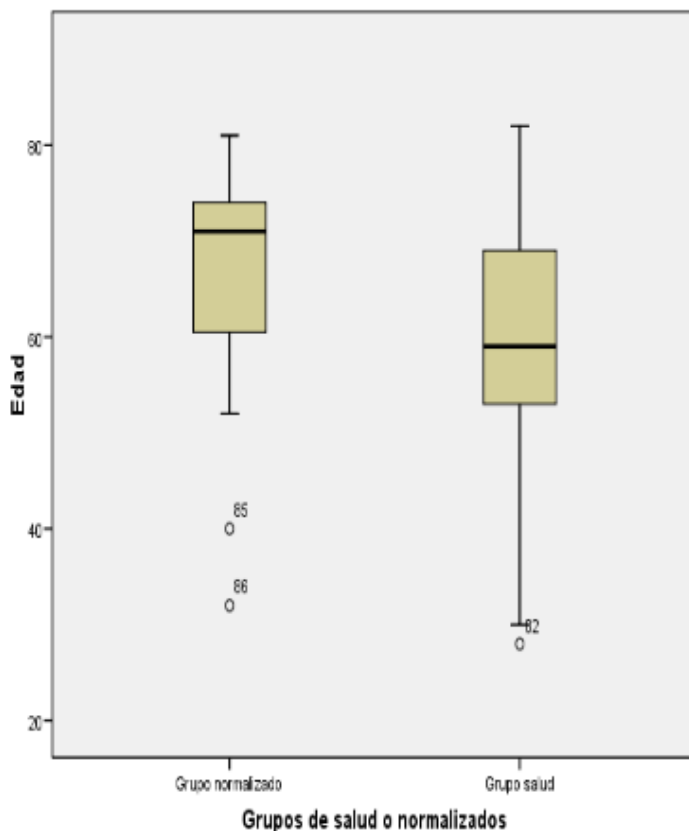


Cuadro 8.2:

Distribución de la Población Encuestada según su Sexo.

		Masculino	Femenino	Total
Grupo normalizado	Recuento	4	16	20
	% de grupo	20	80	100
Grupo salud	Recuento	15	56	73
	% de grupo	23.3	76.7	100
Total	Recuento	21	72	93
	% de grupo	22.6	77.4	100

Figura 8.2:
Boxplot de la Edad de la Población Encuestada por Grupos.



en el cuadro 8.3 los participantes del grupo normalizado presentan un promedio de edad de 7.5 años más alto que los del grupo de salud (IC 95 %: 0.8 a 14.1 años), ($t=2.226$; $P=.028$).

A continuación seguiremos analizando las características singulares del grupo que derivaron los médicos al polideportivo y cuando se considere de interés realizaremos comparaciones con el grupo normalizado y/o con otros estudios de interés, siendo conscientes que ambos grupos no son homogéneos.

8.1.1.2. Sentimiento del estado de salud

Respecto al sentimiento personal que los participantes de Vallecas Activa tienen de la salud propia, un 40.3% opinan que no es buena, y más de la mitad (57.4%) manifiestan sentir dolores al menos 2 o 3 veces a la semana o incluso con mayor frecuencia (ver cuadros 8.4 y 8.5). Tres de cada cuatro encuestados aseguran tomar medicamentos de forma habitual.

Según la Encuesta Nacional de Salud de España (2017), el 74% de la población percibe su estado de salud como bueno o muy bueno, declarando los hombres que tienen un estado

8.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Cuadro 8.3:

Prueba T Edad de la Población Encuestada por Grupos.

	Variaciones	P. Levene		t	gl	Sig. bil	Dif.medias	Error tip.	95 % I.C.	
		F	Sig.						Inferior	Superior
Edad	iguales	.133	.716	2.226	91	.028	7.455	3.349	.803	14.108
	diferentes			2.253	30.745	.032	7.455	3.309	.705	14.206

Cuadro 8.4:

Estado de Salud Percibido.

¿En los últimos doce meses, diría que su estado de salud ha sido?		Grupo Normalizado	Grupo Salud	Total
Muy bueno	Recuento	2	8	10
	% de grupo	10	11.1	10.9
Bueno	Recuento	10	35	45
	% de grupo	50	48.6	48.9
Regular	Recuento	7	25	32
	% de grupo	35	34.7	34.8
Malo	Recuento	1	4	5
	% de grupo	5	5.6	5.4
Total	Recuento	20	72	92
	% de grupo	100	100	100

Cuadro 8.5:
Frecuencia de Dolores.

¿Cada cuánto tiempo tiene dolores?		Grupo Normalizado	Grupo Salud	Total
No tengo dolores	Recuento	1	4	5
	% de grupo	5	5.5	5.4
Muy esporádicos	Recuento	8	21	29
	% de grupo	40	28.8	31.2
Una vez a la semana	Recuento	0	6	6
	% de grupo	0	8.2	6.5
2 o 3 veces a la semana	Recuento	1	9	10
	% de grupo	5	12.3	10.8
4 o más veces a la semana	Recuento	1	6	7
	% de grupo	5	8.2	7.5
Diariamente	Recuento	9	25	34
	% de grupo	45	34.2	36.6
Varias veces al día	Recuento	0	2	2
	% de grupo	0	2.7	2.2
Total	Recuento	20	73	93
	% de grupo	100	100	100

de salud mejor que el de las mujeres. El estado de salud disminuye a medida que aumenta la edad, llegando a que únicamente el 33 % de los mayores de 85 años perciben su estado de salud como positivo. En el estudio que hemos realizado no se observan diferencias estadísticamente significativas en la declaración del estado de salud entre mujeres y hombres (ver cuadros 8.6, 8.7 y figura 8.3), pero destaca que un 66 % de las personas mayores de 65 años (41 casos) manifiestan tener un estado de salud bueno o muy bueno, y aumenta hasta el 82 % en el caso de mayores de 75 años (11 casos).

Es posible que los mayores de 75 años que participan en el programa sean del 30 % que mejor se encuentran en esta franja de edad, pero sería bueno profundizar en próximos estudios en esta cuestión porque para presentar dolores frecuentes y toma de medicación habitual, es muy alto el porcentaje de participantes que valoran su estado de salud como bueno. Tal vez pueda influir mucho en esta percepción tener un estilo de vida saludable que permita poder cuidarse a uno mismo, y sentirse cómodo con lo que uno realiza (te gusta la actividad y eres aceptado por el grupo).

8.1.1.3. Alimentación

Teniendo como referencia la piramide alimentaria (ver fig. 8.4) presentada por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria cuya base presenta aspectos esenciales para la salud

8.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Cuadro 8.6:

Estado de Salud Sentido en el Último Año según Sexo.

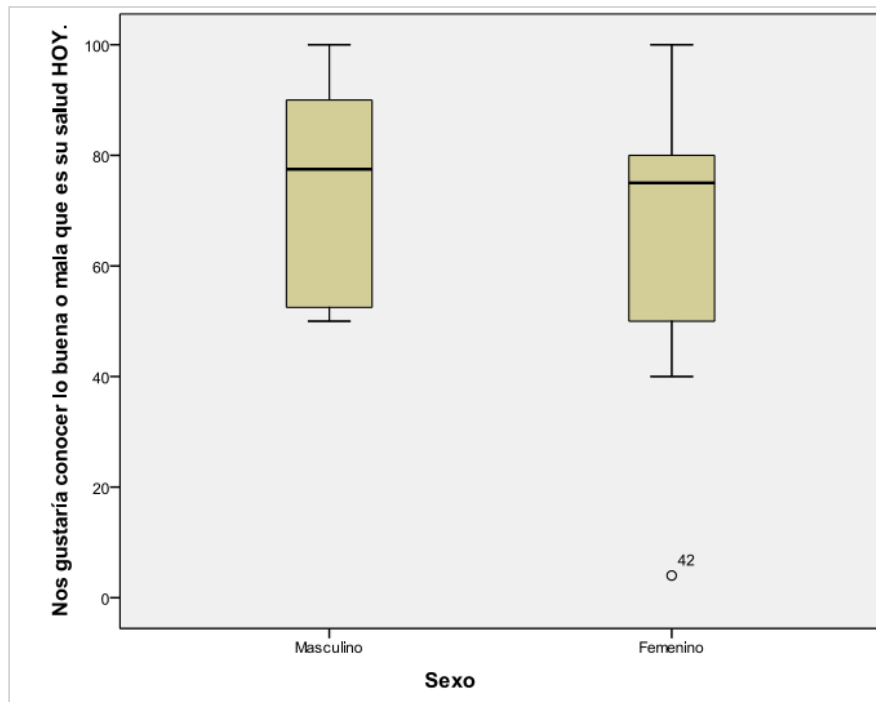
¿En los últimos 12 meses, diría que su estado de salud ha sido?		Masculino	Femenino	Total
Muy bueno	Recuento	2	8	10
	% de grupo	8.7	11	10.4
Bueno	Recuento	12	35	47
	% de grupo	52.2	47.9	49
Regular	Recuento	8	26	34
	% de grupo	34.8	35.6	35.4
Malo	Recuento	1	4	5
	% de grupo	4.3	5.5	5.2
Total	Recuento	23	73	96
	% de grupo	100	100	100

Cuadro 8.7:

Prueba de Normalidad - Percepción del Estado de Salud y Sexo.

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.	Masculino	.151	24	.167	.878	24	.008
	Femenino	.153	73	.000	.930	73	.001

Figura 8.3:
Boxplot Salud Diaria según Sexo.



como el hacer ejercicio diario, los aspectos emocionales, la forma de cocinar y el beber agua abundante y en su parte central se encuentra la dieta mediterránea, se construye la figura 8.5 donde se representan los hábitos alimenticios de la población encuestada agrupados por los principales grupos de alimentos expuestos en la pirámide. Si observamos atentamente vemos un exceso de dulces, pan y puede que de carne, y falta en la dieta algo más de verduras y huevo. Estos aspectos deben irse introduciendo en las sesiones teóricas de los grupos de salud para que los participantes aprendan a llevar una dieta más equilibrada.

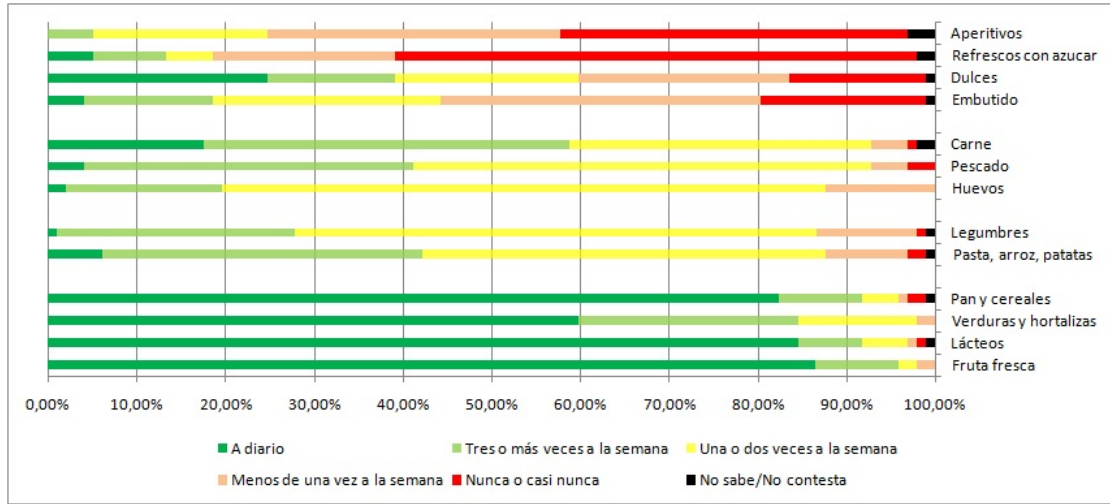
Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS), el 64% de la población española consume fruta a diario y el 45% consume a diario verduras. En nuestro estudio aparecen porcentajes superiores a la media española (86% y 60% respectivamente), y como hemos visto están por debajo de lo recomendable para poder adquirir un estilo de vida saludable. La diferencia puede ser debida a la formación ya recibida y a la sensibilidad de los participantes sobre estas cuestiones por estar participando en un programa, cuyo objetivo principal es que la población adquiera unos hábitos saludables. Para ser más precisos sería necesario un estudio específico sobre esta cuestión.

Figura 8.4:
Nueva Pirámide Alimentaria.



Fuente: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (2015).

Figura 8.5:
Hábitos Alimenticios de los Encuestados.



Cuadro 8.8:
Soledad Social Percibida según Sexo.

Soledad		Masculino	Femenino	Total
Bajo	Recuento	18	51	69
	% de grupo	85.7	72.9	75.8
Medio	Recuento	2	19	21
	% de grupo	9.5	27.1	23.1
Alto	Recuento	1	0	1
	% de grupo	4.8	0	1.1
Total	Recuento	21	70	91
	% de grupo	100	100	100

8.1.1.4. Sentimiento de Soledad

Haciendo nuestra la definición de soledad social aportada por Pinel, et al. (2010), «la experiencia subjetiva de insatisfacción frente a la sociedad en la que se vive, en términos de estilo de vida, de valores y de uso de nuevas tecnologías» (pg.2), hemos tratado de medirla correctamente en el estudio realizado en Vallecas Activa, utilizando como instrumento de apoyo la «Escala Este II» diseñada y validada por la Universidad de Granada (Pinel et al., 2010). En el cuadro 8.8 se recogen los datos de nuestro estudio y para compararlos utilizamos los publicados por la universidad de Granada en el Proyecto Soledad que utilizó para la validación de la técnica.

Comparando con el Proyecto Soledad, donde si encuentran diferencias en la soledad en función del sexo, en nuestro estudio no detectamos diferencias estadísticamente significativas

8.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

en cuanto al sexo ($P=.153$). Llama la atención, la diferencia en la puntuación media de la soledad social entre ambos estudios, siendo en Vallecas Activa prácticamente la mitad (ver cuadro 8.9).

Cuadro 8.9:
Comparación media entre Estudios de Soledad Social.

	Masculino	Femenino
Vallecas Activa	6,93 (SD:4,4)	8,70 (SD:4,3)
Proyecto Soledad	12	13

Teniendo en cuenta que el universo medio de nuestra población es 10 años menor que los estudiados por el Proyecto Soledad, parece excesiva la diferencia entre ambos datos. Muchos investigadores relacionan la soledad con la edad o con problemas de salud, pero tal vez haya que preguntarse que ofrece Vallecas Activa para que los participantes tengan menor sensación de soledad.

8.1.1.5. Motivación

Para llevar a cabo el análisis de motivación en los deportistas, se ha utilizado la traducción española de Sport Motivation Scale (SMS) de Pelletier et al., 1995. La Escala de Motivación Deportiva (EMD) permite estudiar formas distintas de regulación personal a lo largo de un continuo de autodeterminación. Siguiendo las recomendaciones de Balaguer et al. (2007) se ha determinado, por razones de mejor ajuste de datos, utilizar el modelo de siete factores para realizar este análisis.

En el cuadro 8.10 se presentan mediante ejemplos, el significado de los factores que componen la EMD. Los factores se han agrupado tres categorías:

- Motivación intrínseca: hacer las cosas por el simple gusto de hacerlas.
- Motivación extrínseca: se refiere a las conductas controladas por fuentes externas (refuerzos u obligaciones).
- No motivación.

Una vez analizada la EMD aplicada a los encuestados (ver cuadro 8.11 y figura 8.6), se observa en ellos una elevada motivación tanto interna (MI) como externa (ME) por el desarrollo de la actividad, lo que seguro tiene influencia en un menor sentimiento de soledad personal. Comparando los resultados obtenidos con el estudio realizado por Balaguer et al. (2007) con deportistas de alto nivel competitivo (ver cuadro 8.12), se observa que en el estudio de Balaguer es mayor la motivación interna de los deportistas a la externa, mientras que en

Cuadro 8.10:
Factores de la Escala de Motivación Deportiva (EMD).

MOTIVACIÓN INTRÍNSECA (MI)	
Para conocer	aprender algo más sobre este deporte
Para experimentar estimulación	lo que siento al estar inmerso en mi ejecución deportiva
Para conseguir cosas	satisfacción mientras estoy perfeccionando mis habilidades
MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA (ME)	
Regulación Identificada	es una forma para desarrollar otros aspectos de mi mismo
Regulación Introyectada	debo participar para sentirme bien conmigo mismo
Regulación Externa	me permite ser valorado por la gente que conozco
NO MOTIVACIÓN	
No motivación	me pregunto si debería continuar haciendo este deporte

el nuestro ocurre lo contrario. Una posible explicación es que los deportistas del estudio de Balaguer son deportistas de élite cuya finalidad principal es el deporte en si mismo y hacer un buen papel en las competiciones. En cambio, en nuestro estudio la población que participa son personas derivadas por su médico por presentar problemas sanitarios. En este tipo de grupos la motivación final no es por convencimiento personal de hacer deporte, influye en ellos las sinergias que se crean en torno a la actividad y no es extraño que esto se refleje en la motivación externa de los participantes. Fijemonos en lo alta que sale la puntuación de la regulación introyectada (5.12):

- debo participar en la actividad
- me sentiría mal si no participo
- es absolutamente necesario participar en este deporte
- siento que debo realizar con regularidad este deporte

Para los participantes el hacer ejercicio es casi como una obligación que se autoimponen. Es importante destacar que son pocos los que no tienen interés por hacer deporte, lo que se ha reflejado en el item no tiene nada que ver conmigo con una media de 2.32.

8.1.1.6. Actividad física

Para poder recoger el tiempo que pasan desempeñando distintos tipos de actividad física en una semana ordinaria, se ha utilizado como base el método progresivo de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas - STEPS (2015).

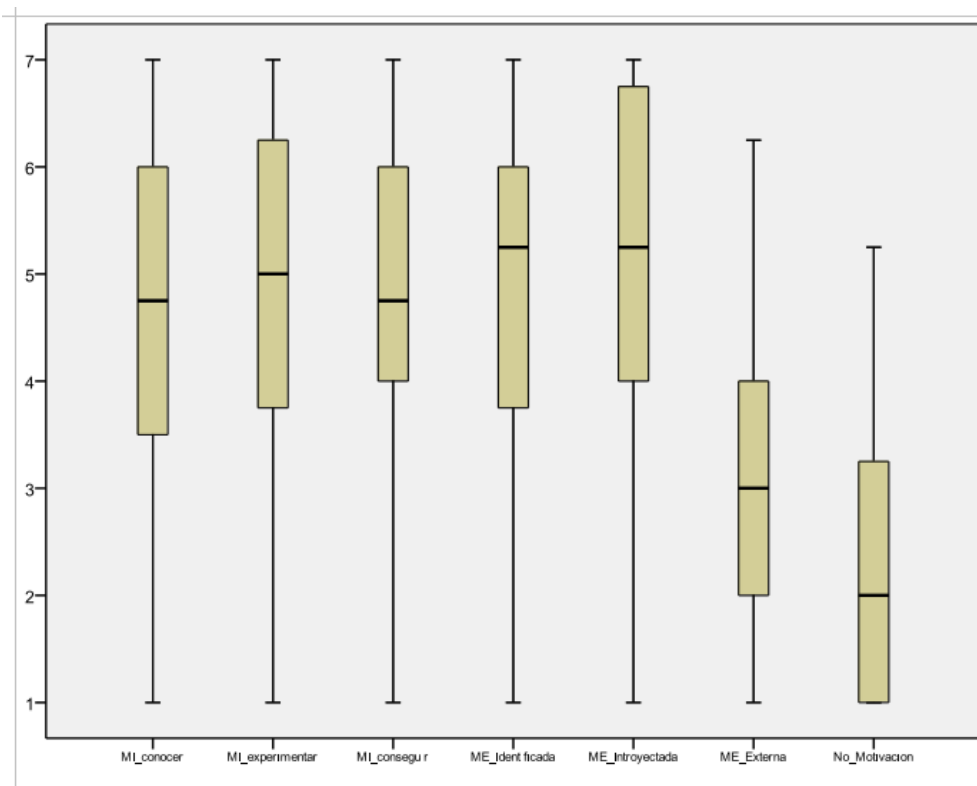
Tal y como refleja la figura 8.7, los participantes no realizan habitualmente actividades vigorosas en su cometido cotidiano, pero si que realizan frecuentemente actividades físicas

8.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Cuadro 8.11:
Análisis de los Factores de Motivación.

	N	Media		Desv. típ.	Asimetría		Curtosis	
	Estad.	Estad.	Error típ.	Estad.	Estad.	Error típ.	Estad.	Error típ.
MI conocer	97	4.56	.15	1.52	-.38	.25	-.63	.49
MI experimentar	97	4.75	.16	1.58	-.45	.25	-.74	.49
MI conseguir	97	4.80	.15	1.48	-.44	.25	-.58	.49
ME identificada	97	4.88	.15	1.52	-.60	.25	-.49	.49
ME introyectada	97	5.12	.16	1.60	-.55	.25	-.57	.49
ME externa	97	3.20	.14	1.38	.22	.25	-.75	.49
NO motivación	97	2.33	.12	1.23	.58	.25	-.81	.49

Figura 8.6:
Boxplot sobre los Factores de Motivación.



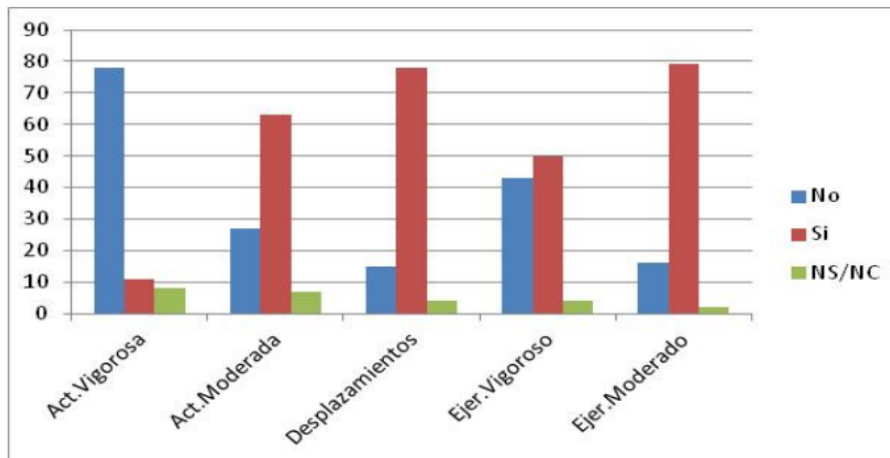
Cuadro 8.12:

Comparación entre estudios: Vallecas Activa vs Balaguer et al. (2007).

	Estimulac.	Conseguir	Conocer	R.Identif.	R.Introyec.	R.Externa	No motiv.
V.ACTIVA							
Media	4.75	4.80	4.56	4.88	5.12	3.20	2.32
Desv.típica	1.58	1.48	1.52	1.52	1.60	1.38	1.23
BALAGUER							
Media	5.29	4.99	4.99	4.30	3.89	2.89	2.39
Desv.típica	1.05	1.15	1.10	1.16	1.15	1.16	1.21

Figura 8.7:

Actividad Física Diaria desarrollada (%).



8.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Cuadro 8.13:
Nivel Máximo de Formación Alcanzada.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	19	28.4
Estudios primarios	38	56.7
Estudios medios	7	10.4
Estudios superiores	3	4.5
Total	67	100

moderadas y hacen ejercicio habitualmente (entre 3 y 5 días a la semana). También la mayoría caminan o montan en bicicleta durante más de 10 minutos diarios como forma de desplazamiento. No se observan diferencias por sexo estadísticamente significativas estudiadas mediante Chi-cuadrado de Pearson.

8.1.2. Grupo de RMI

Se han encuestado un total de 67 perceptores de RMI de los que dos de cada tres son mujeres. El 30 % de la población encuestada no presenta ningún tipo de formación, y casi un 60 % tiene únicamente estudios básicos lo que manifiesta un bajo nivel cultural de los entrevistados, únicamente un 5 % de estos dispone de estudios superiores (ver cuadro 8.13). El 80 % de los entrevistados han nacido en España y uno de cada cuatro encuestados es de etnia gitana. Del total de encuestados, 28 hacen deporte con regularidad, y 17 de estos lo hacen a través del programa Vallecas Activa.

8.1.2.1. Capacidad adquisitiva

De las personas encuestadas, un 20 % no ha trabajado nunca de forma remunerada. De los que han trabajado, una cuarta parte comenzó trabajando sin contrato (ver fig.8.8), la mayoría se iniciaron cuando tenían 16 años de edad, aunque los hubo precoces que comenzaron a trabajar con 14 años e incluso con 12 años (ver fig.8.9). Las profesiones que desarrollan son de baja cualificación profesional, pudiendo apreciarse su distribución en el cuadro 8.14.

Los ingresos netos familiares oscilan entre los 100 y los 1000 euros mensuales, con un promedio de 500 euros/mes. Preguntando a los encuestados en relación con el total de ingresos de su hogar, ¿cómo suelen llegar a fin de mes?, un 85 % de las familias dicen encontrarse con dificultad o con mucha dificultad para terminar el mes (ver cuadros 8.15, 8.16 y figura 8.10). La diferencia estadística presentada entre ambos grupos no se considera estadísticamente significativa ($P=.093$).

Estudiando el nivel de ingresos según el tamaño de las unidades familiares, se observa

Figura 8.8:
¿Cómo fue su Primer Trabajo?

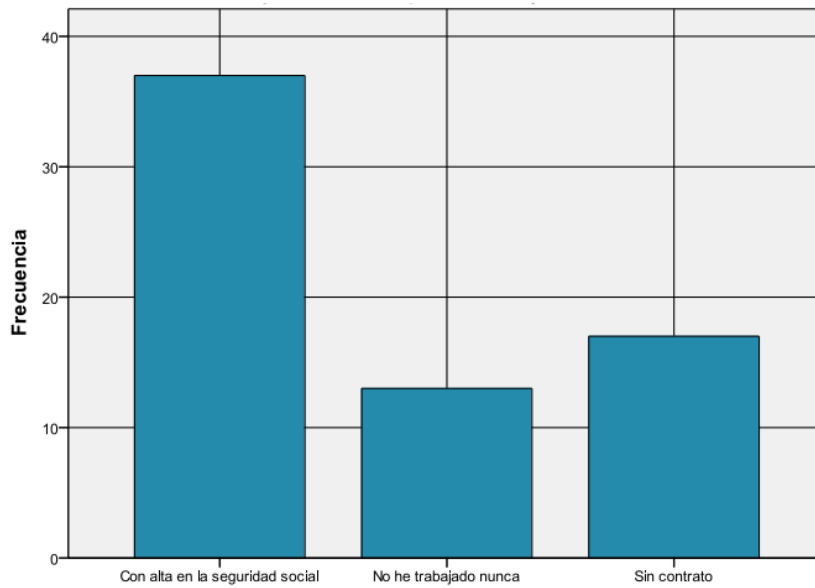
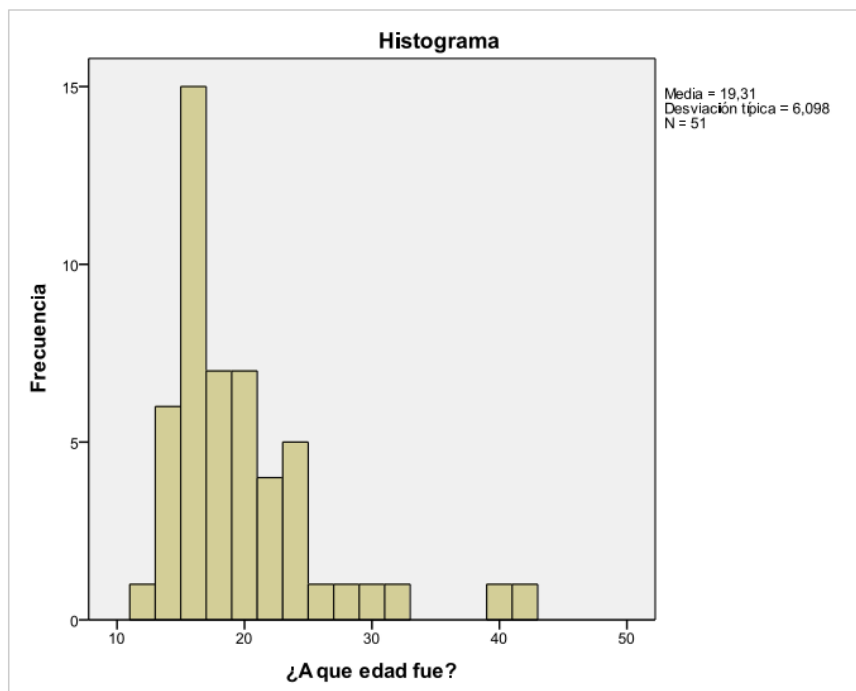


Figura 8.9:
Edad de Inicio Laboral



8.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Cuadro 8.14:
Sectores Laborales de Empleo.

¿Cuál ha sido el sector donde principalmente ha trabajado?	Grupo Normal	Grupo Vallecas Activa	Total
Cadena de montaje	2	1	3
Construcción	7	2	9
Cuidado de niños y/o mayores	0	3	3
Dependiente/Reponedor	5	3	8
Empleada de Hogar	8	3	11
Limpieza (urbana, oficinas, hoteles)	6	2	8
Oficios	8	1	9
Recepcionista	0	1	1
Venta ambulante	1	0	1
Desconocido	1	0	1
Total	38	16	54

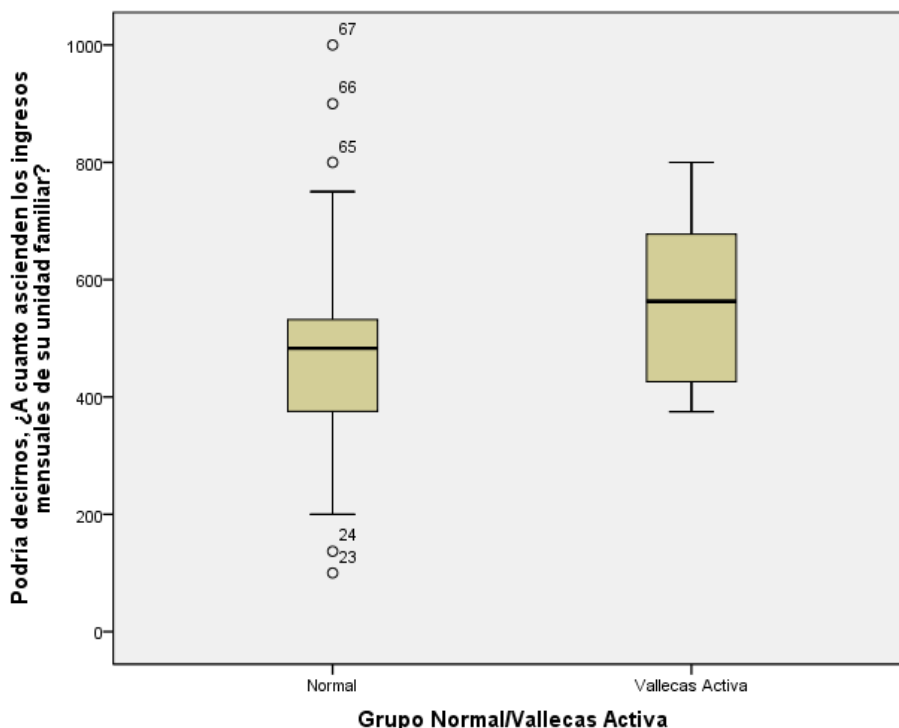
Cuadro 8.15:
Facilidad o Dificultad Económica para llegar a Fin de Mes.

En relación con el total de ingresos de su hogar, ¿cómo suele llegar a final de mes?	Frecuencia	Porcentaje
Con mucha facilidad	1	1.5
Con facilidad	1	1.5
Con cierta facilidad	1	1.5
Con cierta dificultad	7	10.4
Con dificultad	9	13.4
Con mucha dificultad	48	71.6
Total	67	100

Cuadro 8.16:
Comparación de Ingresos por Grupos.

Podría decirnos, ¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales de su unidad familiar?	N	Media	Desv. típ.	Error típ.
Grupo Normal	48	480.40	170.51	24.61
Grupo Vallecas Activa	15	563.53	144.17	37.23

Figura 8.10:
Boxplot de Ingresos.



que existe un aumento de los ingresos a medida que aumenta el número de miembros (ver cuadro 8.17 y figura 8.11). Entrando más al detalle (ver cuadro 8.18) el estudio del análisis de la variancia sugiere que la relación entre los ingresos familiares y el número de miembros que componen cada unidad familiar presenta una tendencia decreciente con una componente lineal ($F=134.2$; $P<.0005$) y una componente cuadrática ($F=45$; $P<.0005$), ver cuadros 8.19 y 8.20. La tendencia a la que nos referimos se puede apreciar claramente en las figuras 8.12 y 8.13.

Referente a la capacidad de endeudamiento de las familias, comentar que al menos un 50% tienen deudas adquiridas con amigos, o con la familia, con la administración pública o con

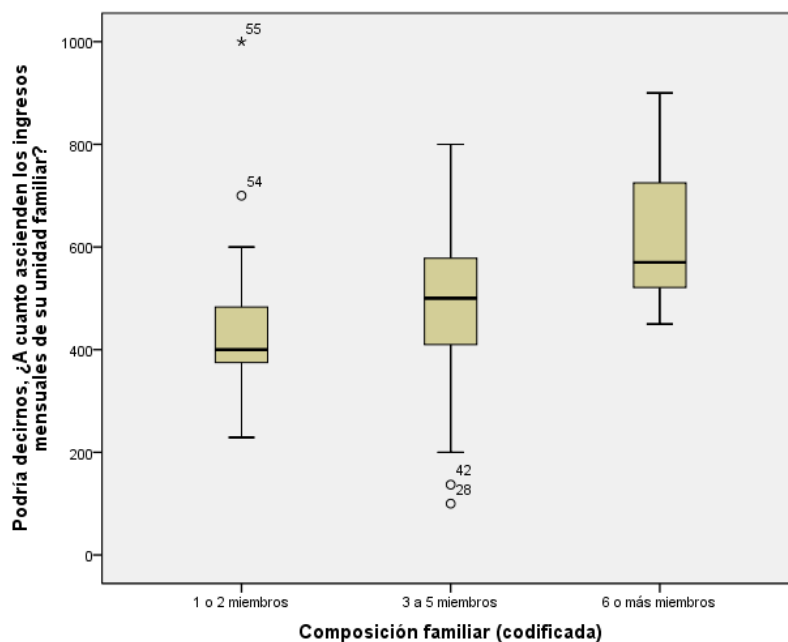
Cuadro 8.17:
Ingresos Familiares según el tamaño de la Familia.

¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales de su unidad familiar?	Media \bar{x}	N	Desv.típ. (s)	Mín.	Máx.	Curtosis	E.E. Curtosis	Asimetría	E.E. Asimetría
1 o 2 miembros	458	19	166.87	229	1000	5.78	1.01	2.14	.52
3 a 5 miembros	497.24	37	160.77	100	800	.72	.76	-.33	.39
6 o más miembros	630.29	7	159.27	450	900	-.40	1.59	.75	.79
Total	500.19	63	167.36	100	1000	1.03	.60	.46	.30

8.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Figura 8.11:

Boxplot Ingresos Familiares según el tamaño de la Familia.



Cuadro 8.18:

Análisis de Renta Per Cápita según tamaño de las Unidades Familiares.

Tamaño Unid.Familiar	N	Media \bar{x}	Desv.típ. (s)	Error típ.	IC media 95 %		Mínimo	Máximo
					Lím.inferior	Lím.superior		
1	12	388.42	73.26	21.15	341.87	434.97	229	563
2	7	288.64	108.87	41.15	187.96	389.33	187.50	500
3	16	162.40	58.87	14.72	131.03	193.76	45.67	266.67
4	15	121.48	43.21	11.16	97.55	145.41	25	200
5	6	110.47	13.47	5.50	96.33	124.60	91.80	131
6	3	110.11	19.03	10.99	62.83	157.39	88.67	125
7	1	81.43	-	-	-	-	81.43	81.43
8	1	112.50	-	-	-	-	112.50	112.50
9	2	53.33	4.71	3.33	10.98	95.69	50	56.67
Total	63	196.76	123.29	15.53	165.71	227.81	25	563

Cuadro 8.19:

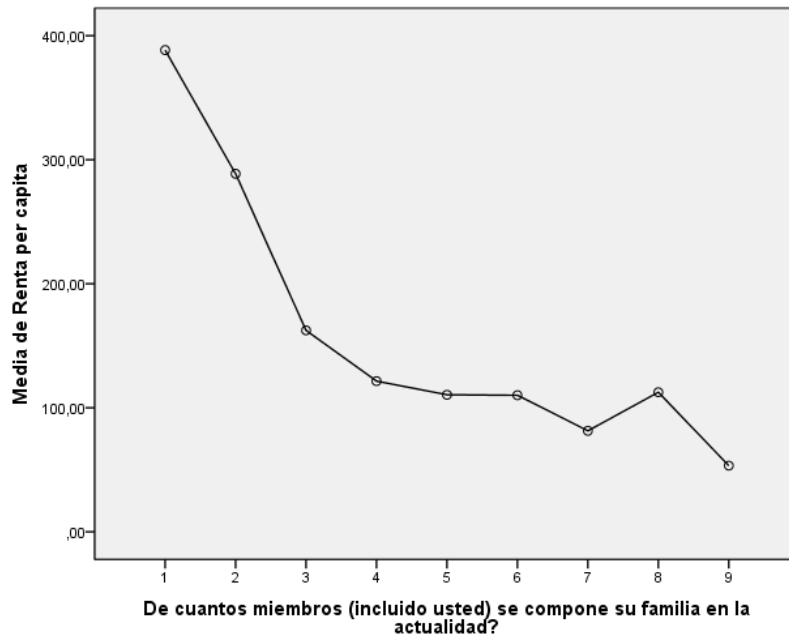
Prueba de Levene - Renta per capita (homogeneidad de variancias).

Levene	gl1	gl2	Sig.
2.043	6	54	.076

Cuadro 8.20:
Anova de la Renta per Cápita.

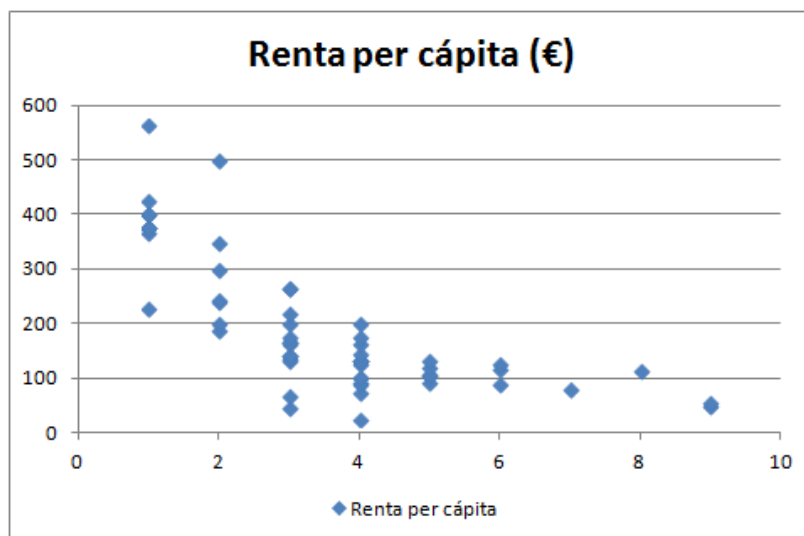
Renta per cápita			Suma de cuadrados	gl.	Media cuadrática	F	Sig.
Intergrupos	(Combinados)		732524.36	8	91565.55	23.55	.001
	Término lineal	No ponderado	171825.63	1	171825.63	44.20	.001
		Ponderado	521563.05	1	521563.05	134.16	.001
		Desviación	210961.32	7	30137.33	7.75	.001
		Término cuadrático	No ponderado	65644.21	1	65644.21	16.886
	Ponderado		174579.59	1	174579.586	44.91	.001
	Desviación		36381.73	6	6063.62	1.56	.177
Intragrupos			209926.08	54	3887.52		
Total			942450.45	62			

Figura 8.12:
Gráfico Renta per cápita - 1.



8.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Figura 8.13:
Gráfico Renta per cápita - 2.



Cuadro 8.21:
Grado de Endeudamiento de los Núcleos Familiares.

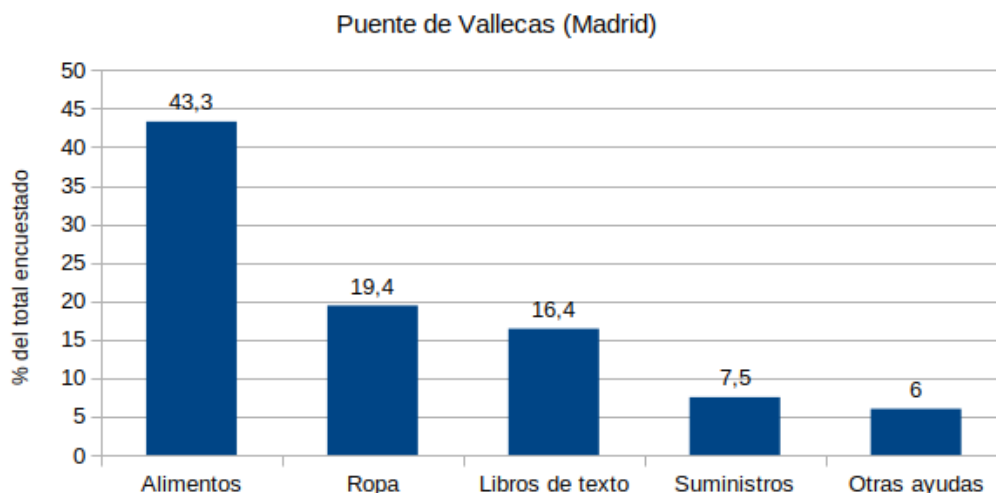
¿Tiene alguna deuda pendiente con alguien?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	2	3	5.9
	Sí	32	47.8	94.1
	Total	34	50.7	100
Perdidos	No sabe/No contesta	33	49.3	
Total		67	100	

entidades financieras (ver cuadro 8.21). Con total seguridad este porcentaje será bastante más alto, pero esta pregunta ha tenido un porcentaje de respuesta bajo, la mitad no ha contestado, seguramente por considerarlo un tema íntimo y muy personal.

8.1.2.2. Ayudas percibidas

Otra forma de poder conseguir los recursos que una familia necesita es mediante ayudas en especie. En la figura 8.14 se muestra el porcentaje de familias encuestadas que reciben algún tipo de ayuda en especie. La principal es la ayuda para obtener alimentos, más del 40% de los entrevistados la reciben con frecuencia. De la ayuda de ropa se benefician una de cada cinco familias entrevistadas. La principal forma de obtener estas ayudas es a través de Cáritas, y en mucha menor medida también las facilitan otras entidades no lucrativas como Mensajeros de la Paz y Cruz Roja.

Figura 8.14:
Ayudas No Económicas Percibidas.



8.1.2.3. Deporte como alternativa de ocio

Valorado el programa Vallecas Activa por los propios usuarios (fig. 8.15) en lo referente a como se sienten en el grupo y que relaciones de amistad han tejido, el programa les sirve como fuente de satisfacción y para mejorar su estado de ánimo. Mayoritariamente encuentran en el grupo a alguien que les escuche, y más del 40% de los participantes consideran que llegado el momento pueden contar con otra persona del grupo para que le ayude a resolver problemas personales.

Las actividades que la población perceptora de RMI prefiere realizar cuando tienen tiempo libre, se muestran en el cuadro 8.22.

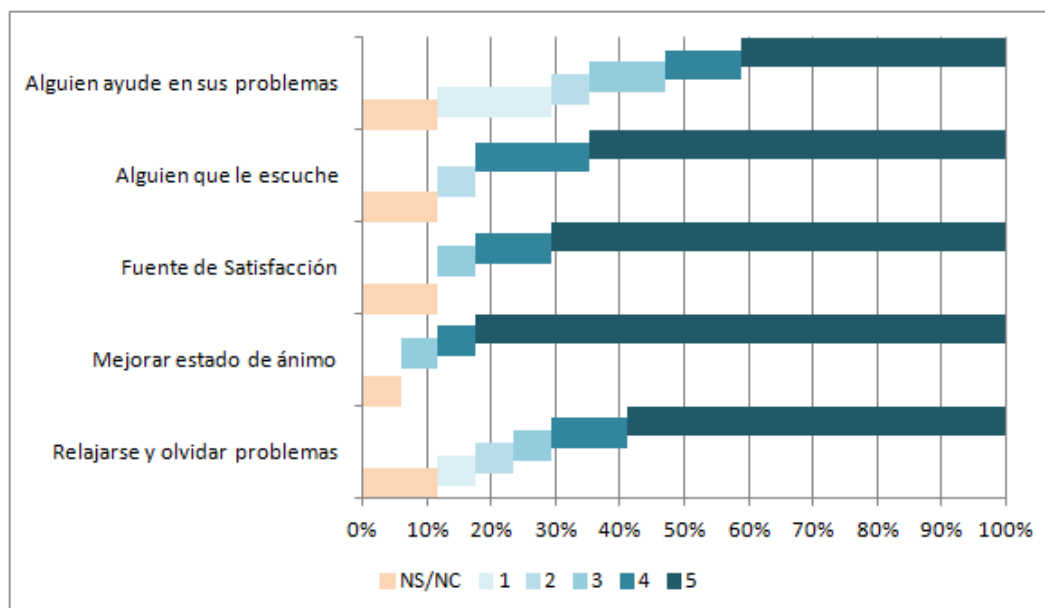
Cuadro 8.22:
Actividades Preferidas cuando tienen Tiempo Libre.

Actividad	Nº
Andar y pasear	51
Estar con los hijos	30
Merendar/cenar con familiares	20
Ver la TV	19
Escuchar música	19
Charlas con amigos	17
Leer	14
Actividades culturales	6
Deporte favorito	5
Dormir la siesta	5

La actividad preferida es estar con familiares y amigos. Andar y pasear también tiene una

8.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Figura 8.15:
Valoración de la Actividad Desarrollada en Vallecas Activa.



gran aceptación seguramente por ser una actividad de tipo relacional. Esto nos da una idea de lo importante que es para las personas el relacionarse con sus seres más queridos. Mucho del éxito del programa Vallecas Activa seguramente tiene que ver con esta cuestión. En mucha menor proporción existe el sentimiento que el deporte sea algo de disfrute y placentero sino lo juntan con el aspecto relacional.

8.1.2.4. Capacidad de generar un hábito deportivo

A continuación analizamos algunas variables que influyen a la hora de tener un estilo de vida positivo y equilibrado. En el estudio realizado encontramos que un 27% de los encuestados fuman de forma habitual, porcentaje idéntico al de la población española según datos del Eurobarómetro (2017). Analizadas las diferencias de consumo de tabaco en función de si hacen o no deporte (cuadro 8.23), se puede concluir que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($P = .159$) en este aspecto.

Respecto al consumo de alcohol de los encuestados, destaca que únicamente un 16,4% ha consumido alcohol en las últimas dos semanas. Porcentaje que nos parece bajo si lo comparamos con los datos del Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías (2015) el cual indica que el consumo de alcohol en los 30 últimos días en la población española de 15 a 64 años es del 64,4%. Buscando una posible explicación podría influir el sexo de las encuestadas, siendo mayoritariamente mujeres, aunque este motivo no justifica una bajada tan brusca. Tal

Cuadro 8.23:
Hábito de Fumar.

¿Fumas habitualmente?		¿Hace deporte?		
		No	Sí	Total
No	Recuento	26	23	49
	Frec. esperada	28.5	20.5	49
	% ¿Hace deporte?	66.7	82.1	73.1
Sí	Recuento	13	5	18
	Frec. esperada	10.5	7.5	18
	% ¿Hace deporte?	33.3	17.9	26.9
Total	Recuento	39	28	67
	Frec. esperada	39	28	67
	% ¿Hace deporte?	100	100	100

Cuadro 8.24:
Hábito de ingerir Alcohol.

¿Ha tomado en las últimas dos semanas alguna bebida alcohólica?		¿Hace deporte?		
		No	Sí	Total
No	Recuento	34	22	56
	Frec. esperada	32.6	23.4	56
	% ¿Hace deporte?	82.7	78.6	83.6
Sí	Recuento	5	6	11
	Frec. esperada	6.4	4.6	11
	% ¿Hace deporte?	12.8	21.4	16.4
Total	Recuento	39	28	67
	Frec. esperada	39	28	67
	% ¿Hace deporte?	100	100	100

vez tenga que ver con la formación recibida y con el nivel económico de la población, habría que ahondar en esta cuestión en próximos estudios.

En cuanto a si tiene que ver el consumo de alcohol con el hecho de practicar deporte, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas ($P = .348$) entre ambas variables (cuadro 8.24).

La media de horas diarias viendo la televisión supera las 2h/día y los fines de semana pasa de 3h/día para toda la población encuestada. En contraste únicamente el 23% de los encuestados utilizan internet de forma habitual y los que lo hacen invierten 1.33h al día. Respecto a las horas diarias de descanso, la media asciende a 6.42h. En ninguno de estos aspectos se aprecian diferencias estadísticamente significativas comparando el grupo de deportistas con los que no lo son. (ver cuadros 8.25 y 8.26).

8.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Cuadro 8.25:

Media de ver la TV, usar Internet y Horas de Dormir.

¿Hace deporte?		Horas diarias	Horas diarias	Internet	Horas que
		viendo la TV	viendo la TV		duerme
		(L-V)	(S-D)		cada día
No	Media	2.36	3.03	1.71	6.45
	N	39	38	7	38
	Desv. tip.	1.98	2.57	2.14	2.23
Sí	Media	2.73	3.15	1	6.37
	N	26	26	8	27
	Desv. tip.	1.78	2.44	.93	1.31
Total	Media	2.51	3.08	1.33	6.42
	N	65	64	15	65
	Desv. tip.	1.90	2.50	1.59	1.89

Cuadro 8.26:

Prueba t para ver la TV y Horas de Dormir.

	Variaciones	P. Levene		t	gl	Sig. bil	Dif. medias	Error tip.	95 % I.C.	
		F	Sig.						Inferior	Superior
Horas diarias viendo la TV (L a V)	iguales	.124	.726	-.772	63	.443	-.372	.482	-1.334	.591
	diferentes			-.789	57.53	.434	-.372	.471	-1.316	.572
Horas diarias viendo la TV (S y D)	iguales	.119	.732	-.199	62	.843	-.128	.642	-1.411	1.156
	diferentes			-.201	55.66	.842	-.128	.636	-1.401	1.146
¿Cuántas horas duerme cada día?	iguales	4.65	.035	.161	63	.873	.077	.479	-.879	1.033
	diferentes			.175	61.11	.862	.077	.440	-.803	.957

Cuadro 8.27:
Subir Escaleras según año de Nacimiento.

Año de Nacimiento		Subir a un 3º		Total
		Escaleras	Ascensor	
Hasta 1960	Recuento	1	13	14
	% año Nac.	7.1	92.9	100
1961-1970	Recuento	5	15	20
	% año Nac.	25	75	100
1971-1980	Recuento	4	9	13
	% año Nac.	30.8	69.2	100
1981-1990	Recuento	7	8	15
	% año Nac.	46.7	53.3	100
Desde 1991	Recuento	0	5	5
	% año Nac.	0	100	100
Total	Recuento	17	50	67
	% año Nac.	25.4	74.6	100

De cada cuatro personas entrevistadas, una está dispuesta a subir por las escaleras a un tercer piso, y dos estarían dispuestas a bajar desde el tercer piso por las escaleras. No se han encontrado diferencias significativas en función de si hacen o no deporte, ni tampoco respecto a la edad de las personas entrevistadas. Es probable que tenga más que ver con hábitos educativos/culturales adquiridos y con actitudes personales (ver cuadros 8.27 y 8.28).

8.1.3. Resultados

Grupo de Salud:

A continuación se exponen los principales resultados encontrados en el grupo de salud, los cuales se deben entender como tendencias detectadas en el análisis de datos, que deberán ratificarse con estudios posteriores.

Los propios participantes valoran de forma muy positiva su estado de salud, muy por encima de lo normal para su edad en los estudios nacionales. Esta percepción de los participantes es muy probable que este directamente relacionada con mantener un estilo de vida activo y saludable y con tener un sentimiento positivo de aceptación en el grupo.

El estudio también detecta en los participantes una dieta más saludable que la de la media de la población española, pero por debajo de lo que recomiendan las autoridades sanitarias en esta cuestión. La diferencia con respecto a la media nacional se puede achacar a la formación en alimentación recibida dentro de las sesiones teóricas que son necesario mantener para que los participantes puedan conseguir una dieta todavía más equilibrada.

Mencionar que se ha detectado un nivel muy bajo de soledad en los participantes del

8.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO

Cuadro 8.28:
Bajar Escaleras según año de Nacimiento.

Año de Nacimiento		Bajar desde un 3º		
		Escaleras	Ascensor	Total
Hasta 1960	Recuento	4	10	14
	% año Nac.	28.6	71.4	100
1961-1970	Recuento	11	9	20
	% año Nac.	55	45	100
1971-1980	Recuento	5	8	13
	% año Nac.	38.5	61.5	100
1981-1990	Recuento	10	5	15
	% año Nac.	66.7	33.3	100
Desde 1991	Recuento	2	3	5
	% año Nac.	40	60	100
Total	Recuento	32	35	67
	% año Nac.	47.8	52.2	100

programa. Sería bueno poder ratificar este dato con estudios posteriores, si existe causalidad debida a la participación en Vallecas Activa.

Muchos autores hablan que la motivación externa va en detrimento de la interna, sin entrar en la cuestión, los participantes de Vallecas Activa tienen un alto nivel tanto de motivación interna como de motivación externa. Y es especialmente alta la regulación introyectada, hasta el punto de que consideran casi una obligación, la asistencia a la actividad. Esto puede deberse a que es el médico el que les ha recetado la actividad como algo positivo para su salud, y lo viven tal cual. No obstante el tener ambas motivaciones muy altas va facilitar que el aprovechamiento de la actividad sea máximo.

Por último comentar que se observa que el programa de actividad física no se queda solamente en el aula, si no que lo llevan a su vida diaria realizando ejercicio físico de forma moderada.

Grupo de RMI:

El 85 % de las familias encuestadas manifiestan tener dificultades económicas para llegar a fin de mes, y al menos la mitad de las familias se encuentran endeudadas con terceros. Respecto a ayudas para necesidades básicas, un 43 % de las familias perciben ayuda de alimentos y un 20 % necesita de apoyos para cubrir las necesidades de vestir.

Las alternativas de ocio que se plantean estas familias se enmarcan en el marco afectivo-relacional, siendo para ellos muy importante pasar tiempo con familiares y amigos. De los participantes en Vallecas Activa, un 40 % afirma que entre los participantes de la actividad que realizan, cuentan con personas, que si fuese necesario, podrian confiar en ellas para resolver

problemas personales.

Se ha detectado que las personas derivadas de servicios sociales tienen más dificultades para acceder y para permanecer en el programa que las personas que son derivadas por el médico de familia. Puede ser el perfil de población, pero también puede ser que los propios problemas sociales a los que se enfrentan sean más profundos y partan de un nivel marginación y desestructuración familiar mayor que el resto de la población.

8.2. Análisis cualitativo

El objetivo perseguido al realizar el análisis cualitativo es conocer los distintos diálogos existentes sobre Vallecas Activa, tanto en los profesionales implicados como en los usuarios del servicio. Para ello se ha realizado un muestreo de cuotas entrevistando a directores de centro, personal técnico y usuarios del programa. La técnica utilizada fue la entrevista estructurada, pudiéndose consultar los guiones utilizados en el Apéndice D.

Para el análisis y presentación de la información obtenida, se ha realizado un análisis de contenidos categorizando las partes principales de puesta en funcionamiento del programa Vallecas Activa. En concreto me estoy refiriendo a:

- Como se creó en los inicios el programa.
- Como valoran los usuarios la forma de acceder al programa.
- Cuales son los objetivos que persiguen de forma explícita tanto los profesionales como los usuarios con su participación en Vallecas Activa.
- Que factores consideran han sido los más importantes para que el programa sea una realidad.
- Que resultados se están obteniendo con la implementación de Vallecas Activa en el barrio de Entrevías.
- Por último, que valoración realizan del programa tanto los profesionales como los usuarios, así como cuales han sido los principales inconvenientes que han encontrado para su desarrollo.

Los siguientes apartados mantienen todos la misma estructura, primeramente se expone la información aportada por los profesionales que han puesto en funcionamiento Vallecas Activa, y a continuación se presenta lo que han manifestado los usuarios del programa sobre el mismo tema. En la tabla 8.29 se presenta de forma anonimizada, el listado de profesionales y participantes que han sido entrevistados para realizar este estudio:

Cuadro 8.29:
Relación de entrevistados.

Participantes	Sexo	Código
Director CMSS	Hombre	D1
Director Centro Deportivo	Hombre	D2
Médico Centro de Salud	Hombre	M1
Técnico Deportivo	Mujer	TD1
Trabajadora Social	Mujer	TS1
Usuario grupo Salud	Hombre	US1
Usuario grupo Salud	Hombre	US2
Usuario grupo RMI	Mujer	UR1
Usuario grupo RMI	Mujer	UR2

Los códigos mostrados en la tabla 8.29 se utilizarán para indicar la procedencia de los textos literales mostrados en este apartado. En ellos se utilizan las siglas «D» para hacer referencia cuando la frase ha sido comunicada por un Director de centro, «M» si el profesional entrevistado ha sido un médico, «TD» si el fragmento fue mencionado por un técnico deportivo, «TS» si fue un trabajador social, y «US» si el entrevistado fue un usuario del programa.

8.2.1. Creación del programa

Vallecas Activa no es un proyecto teórico diseñado en un despacho y puesto en funcionamiento. Surge mediante la coordinación entre distintas entidades del barrio en la que se potencia una escucha activa de las necesidades y limitaciones que cada institución tiene, y donde las demás tratan de aportar soluciones desde la perspectiva de buscar la mejora de la persona. Es un proyecto flexible que se va construyendo en diferentes etapas con la constante aportación tanto de técnicos como de usuarios. Podríamos definirlo como un proyecto dinámico, vivo, y en constante evolución.

Fue identificar y conectar con profesionales con espíritu emprendedor en el entorno e interesarnos porque servicios desarrollaban. Al escuchar sus problemas y comprender como funcionaba su día a día, pudimos proponer soluciones desde otros servicios e instituciones. Para arrancar, decidimos poner al ciudadano en el centro de todas nuestras decisiones e invitarles desde el principio a participar en un proyecto innovador. Para ello citamos en el centro deportivo municipal de Entrevías a todos los «pacientes» en lista de espera del programa ALAS (alimentación, actividad física y salud) del centro de salud municipal de Puente de Vallecas. La experiencia fue mágica. Los pacientes, al verse fuera de un entorno clínico, en

instalaciones saludables, y sentirse protagonistas, impulsaron el proyecto con un efecto llamada a través del boca a boca. (D2)

Para conseguir la colaboración inicial tanto de técnicos como de participantes el elemento clave ha sido que todos se sintiesen motivados por el proyecto. Las estrategias de motivación han sido muy variadas. A los técnicos se les ha dado responsabilidad en su cometido y mucha libertad de acción para desarrollarlo. A la vez ha sido necesario estar muy atentos a las necesidades que les han ido surgiendo y a las propuestas de mejora que han ido realizando.

En el caso de los participantes ha tenido que ver con llegar a consensuar con cada uno, un objetivo individual de porque acceden a la actividad (pérdida de peso,...) y a la vez acompañarlo de una responsabilidad personal que le permitiese conseguirlo (compromiso de asistencia,...). Este planteamiento se ha unido con ofrecerles también la posibilidad de conocer personas con sus mismas necesidades, junto con la posibilidad de socializar de forma amena a la vez que van aprendiendo e interiorizando nuevas pautas de funcionamiento.

Otro aspecto importante desde los inicios ha sido estimular la motivación tanto de profesionales como participantes, para que se atrevan a proponer, innovando y arriesgándose a realizar cosas nuevas sin miedo al fracaso. Este ha sido uno de los aspectos clave para la elaboración y desarrollo del programa Vallecas Activa.

¿Podrías comentarnos cómo surgió la idea de Vallecas Activa? Surge como iniciativa de profesionales, principalmente del Polideportivo Entrevías, pero con el apoyo y colaboración de los Colegios, Salud y Servicios Sociales.

¿Cuáles fueron los primeros pasos que diste? Como parte activa desde el principio, yo era TS de zona, y después como parte del equipo promotor al ejercer como director del Centro de Servicios Sociales. Perseguíamos mejorar la vida de la gente más vulnerable, con el claro convencimiento en el poder de inclusión del ejercicio físico y la vida saludable.

¿Con que apoyos contabas? Desde el principio me he sentido muy respaldado, mi Departamento, me apoyó en todo momento. (D1)

8.2.2. Acceso al programa

El acceso al programa se realiza mediante derivación profesional realizada desde los Centros de Salud, Centros Municipales de Salud o Centros Municipales de Servicios Sociales. El perfil de los usuarios, son personas con bajo nivel educativo y bajo nivel socioeconómico. Las actividades a las que acceden son distintas, en función de los objetivos perseguidos. Los usuarios con ingresos muy limitados o con problemas de aislamiento o soledad llegan a través

8.2. ANÁLISIS CUALITATIVO

de Servicios Sociales. Estos se incorporan a cualquiera de las clases grupales del polideportivo (clases normalizadas), en donde se ha establecido una reserva de dos plazas, en cada una de ellas, destinadas a este perfil de población. La forma que se ha determinado para dar a conocer el programa es a través de los grupos de seguimiento grupales que se mantienen con la población de RMI, donde de forma teórico-práctica se les ha explicado las características y beneficios de participar en Vallecas Activa. También se han utilizado las entrevistas individuales que realizan los trabajadores sociales para dar a conocer el programa.

En el caso de ser personas que tengan problemas de salud, el médico de familia les entrega una receta deportiva para realizar actividades concretas por padecer prediabetes (según analítica), alto riesgo de diabetes (test de Findrisc > 14) o IMC > 27 , o personas con alto riesgo cardiovascular. En el análisis se detectan que existen diferencias en los criterios que se utilizan para derivar a unas actividades u otras desde los Centros Municipales de Salud Comunitaria (CMSC), respecto a los que utilizan los Centros de Salud del SERMAS. En ambos casos, en el centro deportivo se les asigna plaza en grupos específicos que han sido creados para trabajar hábitos saludables. En estos grupos, los usuarios pueden participar durante un año, pasado el cual, se ofrece a los alumnos que se integren en clases normalizadas del polideportivo.

Los usuarios valoran el procedimiento de inscripción como simple y muy sencillo, teniendo que presentar en la taquilla del Centro Deportivo un informe de valoración del Trabajador social o la receta otorgada por el facultativo. El precio de la actividad es una de las cosas mejor valoradas por todos los participantes, ya que lo consideran asequible a todos los bolsillos, permitiendo que el cuidado de la salud esté al alcance de todos (prevención primaria). En el caso de haber sido derivado desde Servicios Sociales el coste son 11 euros al año, y si ha sido derivado por un facultativo, el coste de la actividad asciende a 8 euros mensuales.

Mi asistenta me dijo que viniese a probar para que hiciese algo por mi misma, para que me moviese y dispersase mi mente, y estoy muy contenta con las clases. Cada semana vengo los martes y los jueves por la mañana. El apuntarme fué muy fácil, únicamente di en la taquilla, una hoja que me había dado mi asistenta. Estoy conforme con el precio, está muy bien, pago 11 euros al año. ¡¡El precio es perfecto!! (UR1).

En las clases me divierto mucho y son buenas para nuestro cuerpo. La profesora no se enfada y nos enseña muy bien. Puedo pagar bien el precio, lo pago contenta porque me gusta venir, no me pierdo ninguna clase. Apuntarme fue muy sencillo, no tuve que presentar papeles, nos dieron una carta y ya está (UR2).

Mi médico me dijo que hiciera natación y después me apunté a las clases de hábitos

saludables por sugerencia de los monitores del centro deportivo. Pago 7,80 euros al mes por la clase de natación y 13 euros por la de hábitos saludables. Considero los precios adecuados. Me esta haciendo mucho bien venir a las clases (US1).‘

En general los participantes son constantes en la asistencia a las actividades, asumiendo perfectamente las normas establecidas. Se observan algunas diferencias con personas de etnia gitana que aún valorando mucho la actividad, y siendo muy educados, les falta constancia en el día a día.

8.2.3. Objetivos

Preguntando a los profesionales que participan en el proyecto por los objetivos perseguidos, se ve una clara preocupación por la salud de los habitantes de Entrevías buscando dinamizar el barrio y crear hábitos saludables en la población. También se busca que mejore la calidad de vida personal y social de los vecinos, y de forma especial en todos aquellos que se encuentren en una situación más vulnerable. Se persigue integrar a los usuarios en las actividades buscando la cohesión y la participación grupal de los participantes. Finalmente también es objetivo del programa dar a conocer al ciudadano los recursos públicos que se encuentran en el barrio, a los que tiene derecho.

Como principales objetivos nos planteamos dar a conocer el polideportivo y sus actividades a este colectivo (población con RMI), promocionar la vida y hábitos saludables a la población que atendemos y que se integren en una actividad deportiva grupal con otras personas que no son perceptores de RMI (TD1).

Referente a lo que buscan los usuarios, como era de esperar, va en la línea de conseguir objetivos relacionados con la mejora del estado de salud personal tal es el caso de adelgazar, mejora del estado físico, desconectar, etc.

Me apunté debido a que quiero bajar mi obesidad, desde que estoy aquí, me encuentro más ágil, me muevo mejor. Para mi es muy importante venir porque me sirve también para poder desconectar la mente. Me ayuda a tener un espacio para mí, donde aprendo, hago amistades y me divierto. (UR1)

Vengo para adelgazar y mejorar físicamente, llevaba tiempo que cada vez me costaba más moverme y ha sido un acierto apuntarme a Vallecas Activa. Ahora peso siete kilos menos y me encuentro mucho mejor. No falto ningún día, las clases se me hacen muy cortas. Vivo cerca del polideportivo y si pudiera, me gustaría venir más días. (UR2)

8.2. ANÁLISIS CUALITATIVO

Es mejor hacer ejercicio que tomar pastillas. Desde que estoy en el programa me encuentro mejor y he reducido la dosis de algunas medicinas. Me sienta bien venir y me siento muy a gusto con las clases. También son muy interesantes los talleres formativos que nos imparten, sobre alimentación, sobre salud, ..., aprendo cosas que desconocía. En mi opinión es un programa muy completo. (US1)

En el ámbito profesional llama la atención que no se han mencionado objetivos como rentabilizar los recursos públicos disponibles y economizar la sanidad, parecen no encontrarse en la mente de los profesionales. Por su parte, los usuarios, no verbalizan la necesidad de buscar nuevas amistades, conocer nuevos recursos, o crear un estilo de vida más saludable, que si son objetivos expresados por los profesionales, y que son los que pueden marcar la diferencia a la hora de terminar generando nuevos hábitos y que estos se mantengan con el paso del tiempo.

8.2.4. Factores clave

Para poder repetir el programa en otros contextos sociales, se considera imprescindible ahondar en cuáles están siendo las claves del éxito del programa. En las entrevistas realizadas a los profesionales se les ha preguntado por ¿cuál consideran ellos que han sido las claves principales para que Vallecas Activa haya salido adelante?. En resumen se han obtenido las siguientes respuestas:

- Conseguir apoyo institucional y político.
- Buscar soluciones prácticas a los problemas del día a día.
- Empoderamiento de los ciudadanos.
- Comunicar y compartir la experiencia, ofreciendo participar al entorno inmediato de lo que se va poniendo en marcha.
- Tenacidad del grupo emprendedor.
- Coincidir y conectar muchos técnicos con ganas de innovar y buscar soluciones.
- Contar con el apoyo del departamento.
- Motivación de los profesionales para que su finalidad sea el servicio al ciudadano.

¿Cuáles consideras que han sido las claves principales para que Vallecas Activa haya salido adelante? Entre todas ellas, la principal, sin duda alguna, ha sido la motivación de sus profesionales. (D1)

- Mucha implicación de las instituciones del entorno para que el proyecto saliese adelante.
- Utilización del trabajo grupal, en especial desde Servicios Sociales.
- Coordinación entre las diferentes instituciones.

¿Cómo hacéis la coordinación entre todas las instituciones? Existe una hoja de derivación, hay un grupo de whatsapp, mailing, reuniones de equipo motor, aparte de las reuniones de coordinación puntuales que mantenemos con el resto de los equipos. (D1)

Los factores enumerados se pueden llegar a sintetizar en cuatro factores clave: motivación profesional para querer realizar un trabajo cada vez mejor, teniendo como fin dar un servicio de calidad al ciudadano; escucha activa al ciudadano para conocer a fondo cuales son sus inquietudes y sus necesidades; comunicar al entorno cercano lo que estamos haciendo, a la vez que ofrecemos participar de lo que se va poniendo en marcha; y quizá la parte más difícil, conseguir el apoyo institucional necesario por parte de los superiores/políticos. Para actuar de esta forma, es recomendable adelantarse, proponiendo acciones prácticas a los problemas que los técnicos detectan y viven diariamente.

A los usuarios del programa también se les preguntó por los factores que consideran determinantes para que el proyecto sea realidad. A lo que respondieron:

- Sencillez y facilidad para inscribirse.
- Precio asequible, adaptado a los ingresos familiares.
- Actividad útil y divertida.
- Cuando alguna cosa se considera positiva, termina transmitiéndose boca a boca a familiares, amigos y conocidos.

Lo más importante para Vallecas Activa ha sido su precio y lo fácil que nos lo han puesto para inscribirnos. La actividad es mucho más barata que las otras actividades que tiene el propio centro deportivo (refiriéndose a las actividades normalizadas). Bueno,... y también sus profesores. (UR1)

¿Que consideras que ha sido lo más importante para que Vallecas Activa este funcionando? Que cuenten con nosotros, y después, cuando ves que algo te gusta y esta bien, se va corriendo la voz boca a boca. Yo se lo he comentado a varias amigas y alguna se ha apuntado. Vallecas Activa es muy útil, a la vez cuidas de tú salud y a la vez te lo pasas bien. Cada vez que termina la clase, estás deseando volver. (UR2)

8.2.5. Resultados obtenidos

Respecto a cómo está influyendo Vallecas Activa en el barrio de Entrevías, los profesionales involucrados en el proyecto piensan que se está consiguiendo influir a través de los siguientes aspectos:

- Mejora el bienestar de los ciudadanos al aumentar la calidad de la información que les llega y al ser conocedores de los recursos del distrito, lo que les ayuda a poder realizar una mejor gestión de sus necesidades y de sus derechos como ciudadanos dentro del barrio.
- Mejora la equidad y la eficiencia de los recursos que estamos involucrados, es decir, como están funcionando las instituciones participantes en el proyecto, y para quién están trabajando.
- Conexión entre recursos públicos. Se percibe como uno de los resultados más valiosos de Vallecas Activa, por haber sido capaz de crear una colaboración mutua entre los dispositivos que existen en el barrio: centros de salud, centros de servicios sociales, centros educativos y centros deportivos.
- Innovación social y empoderamiento de los ciudadanos.

Se ha iniciado un cambio cultural en las organizaciones para transformar el actual modelo asistencial centrado en la enfermedad y en el que el ciudadano es un sujeto pasivo, en un modelo proactivo más centrado en la salud y en las necesidades de las personas, donde éstas cuenten con mayor información y se les dote de más autonomía y protagonismo para que tomen un papel más activo sobre su vida. (D2)

- Favorecer la participación en el cuidado de la propia salud, más allá del ámbito sanitario, actuando desde la prevención primaria.

El año pasado con la gente de RMI fuimos a bailar a diferentes recursos (refiriéndose a la actividad de flashmoob), iba dentro del proyecto. Este año quiero hacer la carrera de la mujer con mis alumnas. (TD1)

En el ámbito más próximo, refiriéndose a los propios participantes en el programa, no se observan diferencias entre los alumnos de RMI y el resto de alumnos. Esto indica un importante grado de integración de los participantes en los grupos normalizados. Respecto a las normas de comportamiento y conducta tampoco se observan diferencias, y comparando el nivel cultural de ambas poblaciones, son homogéneas. Esto podríamos valorarlo como otro de

los hitos importantes que consigue el proyecto. La única excepción que se detecta es referente a los alumnos de etnia gitana que faltan mucho y son poco constantes. Esta diferencia puede ser debida a problemas culturales que convendría profundizar con estudios posteriores.

Las personas de etnia gitana que vienen derivadas de servicios sociales son menos constantes, siempre tienen excusas para no venir. Las personas que no son de etnia gitana que vienen derivados de servicios sociales en principio ninguna diferencia.
(TD1)

Otra diferencia observada por los monitores deportivos es que las personas que vienen enviadas por servicios sociales portan un atuendo más humilde que los participantes normales del polideportivo. En principio parece no influir en las relaciones existentes en la clase pero sería bueno realizar un estudio más profundo. Lo que sí ha favorecido participar en Vallecas Activa es que la población conozca y esté accediendo a recursos del distrito que antes consideraban muy lejanos o les eran totalmente desconocidos.

La participación ha sido buena y el grado de implicación ha sido muy alto,...en unas personas más que en otras. Los que participaron activamente en el desarrollo del flashmoob que se realizó para dar a conocer y acercar a los recursos que tienen en el distrito, han estado muy implicados en todo el desarrollo de la actividad.
(TS1)

¿Cómo son las clases y cuál es la relación entre los participantes? Existe sentimiento entre los profesores deportivos, que con las clases aumenta la red social de los participantes, habiéndose constatado que en algunos grupos llegan a mantener relación entre los participantes fuera del polideportivo.

Vengo muy a gusto a impartir los talleres mensuales. Es algo muy distinto a nuestro trabajo diario en el centro de salud. Los pacientes se encuentran en otro contexto y eso se nota en las clases. Cuando las imparto, en los grupos se percibe complicidad entre los participantes. (M1)

La relación entre los participantes en principio es buena, depende de las clases, pero por ejemplo una de las clases que tengo yo, sí que tienen relación fuera del polideportivo. (TD1)

La asistencia de la población a las actividades es alta, existiendo un buen grado de adherencia al programa lo que pone de manifiesto un estado alto de satisfacción de los usuarios. En 2015 llegados al final de sus 66 sesiones prescritas por el facultativo, los participantes llegaron a movilizarse, llegando a recoger a través de la plataforma change.org, un total de

Figura 8.16:
Solicitud de usuarios de Vallecas Activa.



change.org Inicia una petición Mis peticiones Más peticiones Programa de socios Q Entrar

Detalles de la petición Comentarios Actualizaciones

Ayuntamiento de Madrid: garantiza el mantenimiento del programa Vallecas-Activa

Victoria
¡La petición ha conseguido su objetivo gracias a 3.491 firmas!

Ayuntamiento de Madrid: garantiza el mantenimiento del programa...

Compartir en Facebook

Envía un mensaje en Facebook

Envía un email para amigos

Compártela en Twitter

Copiar enlace

Manuel Martínez Lazaro ha iniciado esta petición dirigida a Ayuntamiento de Madrid

El programa "Vallecas-Activa" es una iniciativa que surgió para

Fuente: Plataforma Change.org (2015).

3500 firmas que enviaron a la alcaldesa de Madrid para mantenerse más tiempo en la actividad. Esta movilización es un claro indicador de la importancia que para los usuarios tiene el programa (ver figuras 8.16 y 8.17). En las entrevistas también queda reflejado a través de frases que hablan por sí solas:

Los que comenzamos con el programa pronto cumpliremos el número de sesiones que nos fijaron a principio de curso. Nos sentimos muy bien con la actividad y con el grupo en el que estamos, y hemos pedido que nos dejen estar más tiempo. No queremos que finalice el programa, queremos continuar viniendo a las clases, nos hace mucho bien. (US2)

Venimos muy contentos a las clases y queremos continuar todos juntos (refiriéndose al grupo). Por favor, no nos lo quiten (refiriéndose a las clases), si se puede, nos gustaría que pongan más plazas para nosotros. (US1)

Estudios internos que han realizado los profesionales sanitarios desde el programa Vallecas Activa ponen de manifiesto que existen cambios en la alimentación, en la disminución de dolores y sensación de malestar, en las tomas de medicación, y en la soledad de los usuarios. Las entrevistas realizadas a los usuarios ratifican dichos cambios, todos los usuarios entrevistados coinciden en que tienen mayor movilidad, se encuentren más ágiles, vienen a clase muy

Figura 8.17:
Aceptación solicitud de mantener el programa.

ACTUALIZACIÓN DE LA PETICIÓN

¡Victoria!



Manuel Martínez Lázaro
Madrid, España

30 DE JUN. DE 2015 — Con fecha de hoy hemos sido notificados oficialmente, por parte del Ayuntamiento de Madrid que el programa Vallecás Activa se prorrogará por un año más para los actuales usuarios; además se nos informa que el programa será reforzado y se exportará al conjunto de los distritos de Madrid.

Queremos agradecer a todas las personas que nos apoyado, su ayuda y colaboración y reconocer, también que el actual equipo de gobierno del Ayuntamiento de Madrid, ha entendido lo justo de nuestra petición.

A todos y todas nuestro más sincero agradecimiento.

Usuarios Vallecás-Activa

Fuente: Plataforma Change.org (2015).

8.2. ANÁLISIS CUALITATIVO

animados y están muy satisfechos con lo que reciben. Veamos algunas de sus respuestas:

Tengo cincuenta años, peso mucho y el médico de Madrid Salud me ofreció venir a Vallecas Activa para que adelgazase y mejorase físicamente. Desde que vengo me encuentro mucho mejor, tengo más movilidad, más independencia y lo más importante, que dejé el bastón para caminar. Con las clases he ganado mucha movilidad y aunque todavía me cuesta realizar algunos ejercicios, las clases son fantásticas. (US2)

Acudo a la clase de natación para compensar las secuelas de la esclerosis múltiple. Como te he comentado antes, lo complemento con las clases de hábitos saludables. Desde que acudo al polideportivo he notado mejoría respecto a la sensación de dolor y de malestar. En general, ha aumentado mi satisfacción personal y las ganas con que vengo a las clases. (US1)

Llevo un año participando en la actividad de natación. Comencé las clases con mucha ilusión, es una actividad que me relaja y me gusta mucho. En el agua me siento como si fuera otra. Desde que vengo me encuentro mucho más ágil. Últimamente también estoy intentando andar más y cambiar de dieta, y algo se consigue. (UR1)

8.2.6. Valoración de los Programas

La valoración tanto por parte de los profesionales como de los usuarios, de iniciativas que aúnen deporte, prevención primaria de la salud, y problemas sociales con respecto al concepto clásico de hacer deporte es estu-penda. La satisfacción, es plena:

Lo que se está haciendo aquí, es como debería ser en todos los sitios. Es mejor hacer deporte por socializar, que por competición. Se debería dar más publicidad al programa y bajar los precios para que se anime más gente. Hay mucha gente enferma que podría mejorar su estado de salud si realizase algo de deporte. (US1)

Poder participar en Vallecas Activa es lo mejor que me ha pasado últimamente. Llevo una racha muy mala, desde que me echaron de la última empresa no consigo encontrar ningún empleo, y venir a estas clases me alegra y me motiva a seguir adelante. (UR2)

Es uno de los proyectos que me produce más satisfacción profesional, dado que pone en el centro al ciudadano abordando su problemática socio-sanitaria globalmente sin compartimentos estancos, retando a las diferentes instituciones al servicio del ciudadano a la difícil tarea de la coordinación. (M1)

Hay usuarios que hace un año eran personas con hábitos totalmente sedentarios y que en la actualidad consideran la actividad de venir al polideportivo fundamental para su bienestar. La actividad deportiva que realizan les sirve no solamente para mejorar física y psíquicamente, sino para aumentar sus relaciones sociales y para sentirse parte de un grupo con el que tienen algo en común. El aspecto más valorado por todos no es la mejora física, sino la sociabilización que produce el desarrollo de la actividad.

Partiendo de la base que los participantes que proceden de servicios sociales son personas que están pasando una mala época en su vida, pero considerando que su situación es reversible, el flashmoob como experiencia de trabajo comunitario lo valoran de forma muy positiva por considerar que les ha ayudado a empoderarse y a recuperar su dignidad, haciéndoles conscientes que son iguales al resto de las personas, y que lo que se propongan lo pueden conseguir.

Si que participé en el flashmoob, me gustó mucho y nos lo pasamos muy bien ensayándolo. El día que lo hicimos en el centro cultural estuve nerviosa, pero gusto mucho a los que estaban allí. ¿Estaría dispuesto a repetir de nuevo la experiencia del flashmoob? Siiiiiiii. Me pareció una experiencia muy productiva para la sociedad. ¿Para que le ha servido? Para saber que somos muchos iguales y que podemos proponernos más cosas. (UR1)

A mi me gusta mucho bailar así que cuando nos propusieron hacerlo (el flashmoob) enseguida me animé. Tuvimos varias sesiones de ensayo en el polideportivo y nos dieron a todos unas camisetas rojas para ir iguales. Al ser mucha gente la organización es difícil pero la profesora es buena, tiene mucha paciencia y lo explica todo muy bien. El día que lo representamos me sentí orgullosa de hacerlo. A la vez que lo hicimos algunos llevaban también carteles para reivindicar cosas que necesitamos en el barrio: ofertas de trabajo, etc. Fue una experiencia muy divertida. (UR2)

También existe una valoración positiva de la metodología de seguimiento grupal de la RMI que realizan en Servicios Sociales, llegando a pensarse que podía ser positivo exportarla a centros de otros distritos. Sería muy interesante realizar una valoración más profunda de la metodología empleada, pero queda fuera del ámbito de esta investigación.

8.2.7. Inconvenientes encontrados

Por último, y con ánimo que sirvan para no volver a tropezar, pasamos a analizar las principales dificultades surgidas durante la puesta en marcha del programa Vallecas Activa. ¿Qué dificultades os habeis encontrado al comenzar? ¿Cómo se han ido superando?

8.2. ANÁLISIS CUALITATIVO

La principal dificultad de un proyecto comunitario de esta envergadura es la falta de cultura innovadora en las administraciones públicas donde generar espacios para descubrir y apoyar el talento emprendedor de los empleados públicos. Los profesionales de base que han puesto en marcha este proyecto, son profesionales que «se apasionan» e inspiran el cambio y tienen la capacidad para llevar a buen término las nuevas iniciativas por las que luchan encarecidamente para superar las dificultades. Las Administraciones públicas no están preparadas para identificar, cuidar, reconocer y conservar el talento de estos profesionales, convirtiendo el emprendimiento público en una auténtica «actividad de riesgo». El proyecto Vallecas Activa se ha realizado sin partida presupuestaria específica y se ha impulsado de forma artesanal por los profesionales y usuarios. (D2)

Es fundamental tener en cuenta a sus profesionales. Lo comunitario a veces queda en grandes planes en los que no hay ningún vínculo de los profesionales que operan en lo cotidiano. (D1)

Vallecas Activa ha tenido que enfrentarse y superar por el camino, los siguientes inconvenientes:

- Conseguir que profesionales de disciplinas muy diferentes pudiesen trabajar en común.
- Colaboración de profesionales de instituciones muy distintas (colegios, SS.SS, Centros de salud, deporte, etc).
- Crear una imagen del proyecto y comunicarla a nivel local, autonómico, nacional e internacional, representando con ella a las distintas instituciones.
- Resolver conflictos de interés entre los diversos colectivos profesionales.
- Solucionar asuntos laborales con superiores y compañeros.

¿Qué dificultades te encontraste al comenzar? ¿Cómo las superaste? Las resistencias de compañeros que no veían estos temas parte de la función de los Servicios Sociales. Se superaron con un poco de decisión y motivación. (D1)

- Resolver conflictos entre miembros del equipo motor.
- Resolver aspectos legales de todo tipo (protección de datos, tasas públicas, etc..)
- Contestar reclamaciones de grupos de interés.
- Adaptarse a cambios de gobierno político manteniendo la independencia del proyecto.

- Dificultades en la selección de los sistemas de evaluación, investigación y divulgación científica.
- Resolver con creatividad la falta de presupuesto.

Respecto a cómo trabajar todos juntos y como se han superado las dificultades, el camino ha sido la interdisciplinariedad.

Es necesario destacar que preguntando a los usuarios por los inconvenientes encontrados, no ven ninguno referidos a la gestión y al desarrollo de las actividades. Se muestran plenamente satisfechos con el desarrollo del programa Vallecas Activa.

¿Qué cosas mejorarías de Vallecas Activa? Es un programa estupendo, no se, me parece todo bien, no cambiaría nada. Es lo que necesitábamos en el barrio. (UR2)

No puedo decirte inconvenientes únicamente puedo hablarte cosas buenas de Vallecas Activa. (US2)

8.2.8. Mejoras al Programa

La forma de dar a conocer el programa se realiza a través del médico correspondiente, lo que deja a voluntad de este el ofrecer el servicio al usuario. Una posible mejora sería convertir el programa en un derecho de los ciudadanos publicitándolo mediante carteles en los centros de salud, y realizando charlas informativas sobre el programa, para que el propio usuario pudiese preguntar a su médico por la forma de acceso, siempre que cumplierse los criterios clínicos establecidos. También se puede dar a conocer mediante exhibiciones públicas en eventos deportivos de las actividades realizadas. El convertirlo en derecho del ciudadano tendría dos efectos, responsabilizar al individuo del auto cuidado, y en la medida que la persona se cuide tendrá una repercusión en el ahorro en gasto sanitario.

Por el efecto y poder que tiene la actividad deportiva, un campo a explorar sería la utilización del deporte como salida profesional para personas desfavorecidas. La alternativa a ser arbitros de fútbol, de baloncesto, etc, podría ser un enganche para esta población a la vez que constituye una fuente de ingresos y un hito importante en su etapa educativa. Otras posibles salidas laborales para este perfil de población puede ser el de socorrista, entrenador musculación o de fitness.

En el ámbito académico con la finalidad de diversificar el sistema educativo podría ser buena alternativa que en los proyectos educativos de los centros escolares se contemplase la tecnificación deportiva de niños con habilidades en este campo. En algunos sitios han comenzado a implantar en esta línea Aulas de tecnificación deportiva como es el caso de Aragón en su Orden ECD/749/2017, de 31 de mayo.

8.2. ANÁLISIS CUALITATIVO

Otra interesante alternativa podría ser establecer un sistema para poder recetar deporte no solamente en centros deportivos municipales, si no también en clubes deportivos y federaciones que pudiesen tener unas plazas becas cuando la persona padece algún problema de salud y un deporte determinado le puede ayudar. Un ejemplo puede ser la piragua si tienes problemas de espalda. También se podría acceder a esas plazas por motivos de integración cuando la persona interesada tiene ese deporte como centro de interés.

Por último podría el TS, recetar cultura (espectáculos, cine, teatro, magia, museos, conciertos,...) para favorecer el acceso de población sin estudios a este tipo de cultura que tienen vedada.

El realizar esfuerzos por llegar mediante el deporte a la población más alejada manifiesta un cambio significativo en la política pública deportiva ya que hasta el momento parecían estar también excluidos de este ámbito.

Parte V

CONCLUSIONES

Capítulo 9

Discusión y conclusiones

9.1. Resultados de Vallecas Activa

Las conclusiones de la evaluación de la metodología utilizada por Vallecas Activa sugiere que aporta una tendencia positiva al estado de la salud de la población que se beneficia del programa, teniendo repercusión tanto en el bajo nivel de soledad de los participantes, como en el alto grado de motivación con el que acuden a las actividades. Respecto a las familias que perciben la Renta Mínima de Inserción (RMI), se observan dificultades tanto para que accedan al programa, como en mantener la constancia en las actividades a lo largo del tiempo. Sería muy interesante, poder profundizar, en cuales son los motivos que producen, que la población derivada desde servicios sociales tenga mayores problemas de adherencia a actividades, aunque para ellos sean beneficiosas, en contraposición a la población que derivan los médicos, los cuales consideran casi una obligación asistir a la actividad. Posibles explicaciones pueden tener que ver con la idea que tenemos sobre el peso de la opinión que culturalmente damos a los profesionales de la medicina cuando se habla de cuestiones de salud, y que no se otorga el mismo valor a otros profesionales como es el caso de los trabajadores sociales cuando se habla sobre este tema. Otra posible explicación puede tener que ver con la escala de las necesidades humanas (pirámide de Maslow), mientras los individuos no tengan cubierto determinados niveles de necesidades, no podrán aspirar a otros niveles superiores. En el caso de las personas de servicios sociales se cumple que mayoritariamente tienen dificultades económicas, están muy endeudados, y muchos de ellos reciben apoyo en necesidades básicas como son alimentación y vestido. Hay que tener en cuenta que la población de ambos grupos

procede del mismo universo poblacional, el distrito de Puente de Vallecas, el cual, en el capítulo 5 hemos explicado en profundidad sus características.

A nivel comunitario, la experiencia que se ha vivido en este proceso ha permitido identificar algunos factores que están siendo claves para que el programa sea una realidad. El programa se ha desarrollado desde sus inicios de forma horizontal, estando coordinado por un equipo interdisciplinar en el que participan trabajadores sociales, personal sanitario, economistas, maestros, licenciados INEF, etc, representando entre todos a las distintas administraciones públicas españolas. El programa encuentra en este aspecto una primera dificultad al tener que conjugar códigos profesionales y lingüísticos muy distintos. Esto no ha sido obstáculo para encontrar en el territorio de trabajo (el mismo para todos) un punto de acercamiento, al compartir entre todas las instituciones los mismos usuarios, los ciudadanos de Entrevias.

Esta forma de actuar, facilitó poder pensar en el ciudadano como individuo en todas sus dimensiones, sin parcelarlo como usuario de una institución o un servicio determinado, buscando siempre su beneficio y viendo que en cualquier instante puede ser usuario de nuestra institución. Este planteamiento, en mi opinión, es el mayor acierto de Vallecas Activa, cambiar la forma de mirar al que tenemos enfrente, tratando de generar respuestas integrales adecuadas a lo que realmente el ciudadano necesita.

Otro pilar fue escuchar y hacer partícipe al ciudadano de lo que quiere, preguntarle por sus necesidades y problemas, realizando una escucha activa de lo que pueda necesitar. A la vez que se le escucha, se persigue que la población tenga una base formativa sobre aspectos de alimentación y salud, y obtengan herramientas personales que les permita responsabilizarse y tomar decisiones sobre su propia salud. Este planteamiento llevó a conseguir cerrar el círculo interrelacionando los cuatro factores estructurales que tiene toda comunidad: el territorio, la población, las demandas y los recursos.

Este tipo de proyectos no necesitan un elevado presupuesto, pero la clave del éxito se encuentra en las grandes dosis de pasión de los profesionales involucrados, manteniendo una actitud de escucha activa constante, y después, atreviéndose a proponer y desarrollar nuevas acciones basadas en las ideas expresadas por la población. Esta es la esencia del proyecto y al mismo tiempo la gran dificultad a la que se enfrenta para poderlo replicar, ya que la sostenibilidad del proyecto se debe al compromiso de los agentes involucrados.

De los resultados obtenidos, un último aspecto a tratar, es la metodología utilizada para realizar el seguimiento de la RMI de forma grupal, que ha sido valorado muy útil por parte de los profesionales de trabajo social. Sería conveniente estudiar a fondo en estudios posteriores, lo que tiene de innovación esta metodología para valorar su posible aplicación en otros Centros de servicios sociales. Otro tema muy interesante que estaría bien profundizar, es el alto grado de endeudamiento al que se enfrentan de forma cotidiana una parte importante de las familias

más vulnerables.

9.2. Contrastar resultados con implicaciones teóricas

Fijándonos en Vallecas Activa, profundicemos en cuales han sido los principales elementos que han llevado a que el programa funcionase y tuviera tanta aceptación y repercusión social. Me estoy refiriendo al territorio de trabajo como punto de encuentro y unión profesional, a la escucha activa de los ciudadanos, a la pasión y motivación de los profesionales por el trabajo que desarrollan diariamente, y a poner en el centro de toda intervención al ciudadano.

Como veíamos en el cuadro 2.1, los principales elementos que establecen la mayoría de autores a la hora de definir una comunidad son el territorio común y las personas que los conforman. El territorio es importante percibirlo no únicamente como lugar compartido, si no, como punto de partida que facilita el contacto entre individuos, donde se generan los conflictos, los intereses y surgen necesidades comunes. Las comunidades tienen mucho que ver con el tamaño de los territorios y con su historia previa. A menor tamaño de la comunidad, mas fácil es que exista un mayor grado de conocimiento entre sus habitantes, una mayor relación y una mayor implicación por los aspectos que afectan a una parte importante de la comunidad. También existirá un mayor control de los que allí residen como efecto provocado por el mayor grado de conocimiento. Cada comunidad es diferente, el pasado de una comunidad marca como es esa comunidad, es necesario que pase mucho tiempo para que se establezcan lazos comunitarios. El territorio es el lugar donde se da una red compleja de interacciones, donde transitan y actúan muchas «comunidades de intereses» al unísono. Vallecas Activa ha conseguido utilizar el territorio como oportunidad para unir intereses, como lugar donde centrar la mirada de la red de profesionales que allí intervienen.

El gusto y la pasión de los trabajadores por el proyecto que están desarrollando, creer en el proyecto y en sus posibilidades de éxito (posibilidades de cambio), es un elemento importante que casi ningún autor incorpora en su definición de comunidad. Aspecto que tiene que ir unido a una escucha activa de las necesidades de la población, a una continua reflexión antes de actuar y a una libertad para proponer mejoras continuas del proyecto desde el propio conocimiento del mismo. La libertad para proponer tiene que ir acompañado por un respaldo institucional de acogida y valoración de la propuesta efectuada. En Vallecas Activa se utilizó como motor del proyecto, fue el eje principal sobre el que el programa fue construido.

El corazón de una comunidad, son sus ciudadanos, y como es obvio, sin ellos no es posible la existencia de la comunidad. Si los ciudadanos cambian, la comunidad se transforma. El proyecto de una comunidad suele ser el reflejo de los miedos, debilidades, fortalezas, y sueños de una gran parte de la población. El resultado de una comunidad se muestra en la ética

existente, cuando la ética de una comunidad es muy frágil, es necesario un aumento normativo para mantener el orden social. Cuanto más cultas sean las personas que forman la comunidad, mayor será su capacidad de reflexión, más ricos serán los planteamientos, las acciones y el proyecto común que se realice, y más preparadas estarán las personas para afrontar cualquier cambio que tenga que hacerse. También aumentará la capacidad de participación y de toma de decisiones personales. Una comunidad donde no conocemos al vecino que tenemos en el piso de enfrente se basará únicamente en ideales de temor, miedo y por lo tanto tener que poner muchas medidas de seguridad ante lo desconocido. El trabajo comunitario tiene que partir de los valores de la ciudadanía e ir dirigido al desarrollo de las capacidades de las personas teniendo como base de funcionamiento la autoayuda de cada individuo y la solidaridad. Una herramienta muy interesante y poco utilizada desde los servicios sociales que permitiría mejorar las dinámicas familiares y aumentar el nivel cultural de las futuras generaciones con las que trabajamos, es la escuela de padres. La escuela de padres es un lugar de reflexión, apoyo mutuo, e intercambio de experiencias, que permite mejorar hábitos y dinámicas en la educación de los hijos, preocupándose por ellos desde edades tempranas.

9.3. Aprendizajes y reflexiones sobre TS Comunitario

Comentemos a continuación algunas de las principales dificultades a las que se ha tenido que enfrentar el programa Vallecas Activa, ya que sin duda, otros muchos proyectos comunitarios tendrán que pasar a momentos muy similares. En concreto me estoy refiriendo a conflictos producidos por intereses particulares, problemas de índole laboral, sospechas ante distintos intereses políticos, y dificultad de trabajo en común debido a la variedad de disciplinas que intervienen en el proyecto. Veamos cada uno de estos aspectos de forma más detallada.

Conflictos de intereses personales y entre diferentes colectivos profesionales, aspectos como a quién corresponde la autoría del proyecto; de entre todas las instituciones participantes, a que institución pertenece la persona encargada de recoger los premios que se han otorgado al proyecto; conflictos generados por considerar que con el desarrollo del proyecto se invaden competencias laborales que un determinado colectivo profesional considera como propias, etc. Que difícil evitar este tipo de intereses, muy enraizados con el trasfondo del ser humano y que en numerosas ocasiones provocan que los intereses de la comunidad pasen, casi sin darnos cuenta, a un segundo plano. Es imposible evitar que existan conflictos de intereses en la ejecución de un proyecto de trabajo comunitario. A mayor tamaño de la comunidad, mayor número de intereses. La forma que encuentro para minimizarlo es tener una continua observación y reflexión individual sobre la comunidad, conociéndose mucho uno mismo, conociendo como

9.3. APRENDIZAJES Y REFLEXIONES SOBRE TS COMUNITARIO

de frágil es el ser humano y conociendo como es en profundidad la comunidad (su historia y sus personas).

Asuntos de índole laboral como son necesidades de personal, cambios y ajustes de las funciones laborales, presiones e intereses por parte de grupos sindicales, etc. Todas estas situaciones surgidas en Vallecas Activa se han podido superar gracias al interés y el empeño personal de los propios trabajadores para que el proyecto saliese adelante.

Dificultades surgidas desde niveles políticos, producidas por los cambios de gobierno que se han ido dando de forma natural en la ciudad, a través de las elecciones municipales. El cambio de gobierno produjo la desconfianza de muchos de los proyectos que estaban en funcionamiento con la corporación municipal anterior. Esta situación llevó a momentos en que se llegó a cuestionar la independencia ideológica del proyecto, que hubo que hacer valer basándose únicamente en la satisfacción de los ciudadanos de Entrevías y en la mejora continua del bienestar de éstos.

Todas las dificultades aquí comentadas, tienen mucho que ver con planteamientos de fondo de cada individuo, con la forma en que percibimos el mundo, con nuestra ética personal y profesional y con la cultura imperante en un momento dado. En el fondo, todos nuestros valores resuenan en todas nuestras intervenciones. Cada uno de los planteamientos aquí reseñados, tienen la suficiente envergadura como para que se tengan que tomar precauciones ante la puesta en marcha de cualquier proyecto comunitario.

La cultura es algo cambiante donde se reflejan los rasgos más generales de una sociedad (conocimientos, creencias, arte, moral, costumbres, etc) en un momento histórico concreto. Es un fenómeno dinámico que se transforma de generación en generación. Uno de los rasgos culturales que no podemos obviar al trabajar con comunidades, es lo que Agudelo (2009) denomina como cultura del engaño, y que según defiende, es un rasgo que se encuentra en todas las sociedades y en todas las épocas. Algunos ejemplos de nuestra sociedad los tenemos en la conocida picaresca española, en la obsolescencia programada de los productos, en la explotación legal del trabajador o del inmigrante amparándonos en cuestiones legales, en querer ahogar más a un inquilino con la renta de alquiler cuando no se necesita mas el dinero y sabemos que tampoco están subiendo los salarios, en la corrupción de la clase política, en utilizar argucias ante la población para vender un producto o sacar alguna ventaja hablando en nombre de la ciencia,... En España, es sobradamente conocida la máxima de querer ser rico sin trabajar y jubilarse antes de tiempo. Agudelo (2009) lo expresa de la siguiente forma:

El que siempre haya existido el engaño es inevitable y, hasta cierto punto necesario, pero se ha abusado de él hasta la saciedad. Hemos olvidado, menospreciado y desechado los principios que conducen al orden y a la complejidad, y no puede

existir lo uno sin lo otro. Demasiado desorden conduce a la extinción y demasiado orden a la incapacidad para evolucionar. Los sistemas altamente ordenados no toleran un crecimiento sofisticado o mucha iniciativa humana. En contraste, las situaciones de mucho desorden, como la anarquía, rara vez se desarrollan hacia el orden, mucho menos hacia un crecimiento.

Construir una comunidad poniendo como cimientos la cultura del engaño es establecer desde el inicio una mala base. Es necesario que cada comunidad se conozca a si misma, y que cada persona sepa reconocer en que punto se encuentra su comunidad, de una línea en la que ambos extremos son: vivir del otro, y vivir para el otro.

Conseguir trabajar en red, participando profesionales de muy distintos ámbitos, ha sido otra de las grandes dificultades a las que se ha tenido que enfrentar Vallecas Activa. Conseguir entenderse distintas instituciones y diferentes profesionales ha sido posible por anteponer los intereses de los individuos por encima de los propios y llegado el caso, por encima de los de la institución, logrando trabajar todos en la misma dirección. Las instituciones y las leyes siempre tienen que estar al servicio de las personas, nunca al contrario. Todo el trabajo en red se ha basado en articular un sistema de reuniones ágil y comunicaciones instantáneas por medios electrónicos (correos, whatsapps,...) para que todos los trabajadores estuvieran enterados desde el primer momento de cualquier cambio o decisión que se tomase, haciendo que la comunicación ágil en ambas direcciones haya sido otro de los pilares del proyecto.

La búsqueda de soluciones a los problemas de una determinada comunidad tienen que basarse en un abordaje integral (holístico) que persiga dar sentido a la comunidad. Para ello se debe recorrer un difícil camino que pasa por desarrollar un trabajo interdisciplinar. Si a los trabajadores sociales que poseemos una amplia formación interdisciplinar nos cuesta trabajar entre nosotros mismos (trabajo en equipo), esto se complica cuando añadimos profesionales afines a nuestra disciplina, tal es el caso de educadores, psicólogos, sociólogos. Cuanto más, cuando se incorporan a la ardua tarea disciplinas menos afines como pueden ser, ingenieros, arquitectos, economistas, historiadores, filósofos, etc. En el funcionamiento diario del trabajo interdisciplinar surgen problemas muy diversos, muchos derivados de la dificultad de trabajar en grupo, que se pueden acrecentar con conflictos de competencias, lenguaje muy especializado,...

Arana (2004) profundiza en estas cuestiones, planteando, desde una óptica un tanto utópica por su envergadura, cuestiones que pueden servirnos para la reflexión e incluso como guión de trabajo. Para este autor, el trabajo interdisciplinar debe vertebrarse mediante un programa de desarme lingüístico y metodológico de las ciencias como punto de partida y ser puerta de acceso a otro programa más ambicioso de síntesis teórica. Para la reflexión, recojo a continuación la propuesta de Arana:

9.3. APRENDIZAJES Y REFLEXIONES SOBRE TS COMUNITARIO

1. Eliminar toda la jerga especializada, traduciendo al lenguaje llano lo más relevante de cada ciencia.
2. Eliminar algoritmos,... y sustituirlos por esquemas teóricos basados en la lógica natural (es la que se basa en la experiencia previa, contrapuesta a la lógica científica).
3. Confeccionar «estados de la cuestión», mostrando los problemas abordados, los consensos alcanzados y las dificultades más importantes.
4. Redactar desiderata con las contribuciones relevantes.
5. Estudiar por qué son insuficientes, simplistas o desenfocadas las sugerencias que se formulan desde fuera de cada disciplina para contribuir a su desarrollo.
6. Acometer esbozos de articulaciones globales del saber.
7. Formular sugerencias aplicables a otras disciplinas.
8. Depurar todos los datos, experimentos, resultados, teorías, interpretaciones y orientaciones doctrinales que no resulten indispensables para discutir en profundidad.
9. Centrar todas las discusiones en el plano ontológico. Cuando se habla de las cosas mismas, no es tan difícil llegar a conclusiones.
10. Aceptar el solapamiento teórico y la confluencia de varias ciencias en un mismo asunto.

La interdisciplinariedad supone la constitución de un nuevo objeto de estudio que supera «orgánicamente» los objetos de estudio propios de las disciplinas particulares, relacionadas, de manera que, si esa constitución no se produce, no cabe hablar con propiedad de interdisciplinariedad (Solana Ruiz, 2016, pg.6). La construcción de lo comunitario supone construir constantemente, y entre todos, la democracia (Zamanillo, 2010, pg.59), lo que redundará en una mejor comunidad. Para lo que se necesita reconocer al ciudadano como sujeto activo y reflexivo, y al profesional con capacidad para:

- Vigilar el poder establecido, evitando y denunciando abusos de poder.
- Detectar necesidades sociales imperantes, apoyándose en la práctica y elaborando robustos instrumentos de medición. Crear redes sociales de apoyo, y trabajar para la mejora de las que estén establecidas.
- Apoyar para que los sujetos puedan entender lo que les rodea sin dejarse influenciar, reconociendo en cada persona el principio de autodeterminación. Esto producirá una comunidad formada por personas con identidad diferenciada que puedan tener voluntad

de consenso y capacidad para el disenso. Con el voto de la comunidad, si la opinión personal no esta formada, gana lo más popular en detrimento de lo mejor para la comunidad.

- Vincular a los individuos con su medio creando tanto adecuaciones personales como del medio social.
- Trabajar de forma interdisciplinar en todos los campos sociales existentes, para que sea la comunidad la encargada de resolver lo que considera que son sus problemas.

Para desarrollar un buen trabajo comunitario es importante tener sensibilidad y preocuparnos por lo que ocurre a nuestro alrededor. Debemos ser capaces de establecer una relación de alteridad y colocarnos en un plano de igualdad con actitud de disposición hacia el otro.

Para poder tomar decisiones adecuadas es necesario con anterioridad conocer al ser humano, a nosotros mismos y a la comunidad y su historia, tener capacidad de reflexión y poner en el centro de las reflexiones al individuo (persona necesitada, vecino, compañero de trabajo,....).

Una asignatura pendiente, puesto que los ciudadanos que atendemos son los mismos, es desde las instituciones públicas ser capaces de establecer un robusto sistema de coordinación interdisciplinar entre los diferentes sistemas existentes: salud, servicios sociales, seguridad social, vivienda, empleo, deporte, cultura y educación. La legislación es muy dispersa en este ámbito, pero es un largo camino que como entidades al servicio del ciudadano estamos obligados a recorrer.

9.3.1. Trabajo comunitario ideológico versus reflexivo

Una vez expuestos y analizados los resultados obtenidos del programa Vallecas Activa y vistas sus implicaciones teóricas, y una vez comentadas también las principales dificultades que ha tenido que superar el programa, paso a exponer algunas reflexiones y conclusiones más generales sobre el trabajo social comunitario que he obtenido con la elaboración de este trabajo, que espero, puedan servir de reflexión y debate para mejorar cada vez más el trabajo comunitario que desarrollamos desde nuestra profesión.

Como nos adelantaba Ross (1997), no todas las agrupaciones de personas las podemos considerar comunidades. Algunas las llegaba a definir como monstruosidades no planificadas en donde las personas se encuentran segregadas. Una comunidad es mucho más que la suma de un territorio, una población, unas demandas y unos recursos, es una interacción de redes yuxtapuestas y de intereses personales, muchos de ellos contrapuestos entre sí, que cambian continuamente. De acuerdo con Escartín, vivir en comunidad significa que hay un tejido sufi-

9.3. APRENDIZAJES Y REFLEXIONES SOBRE TS COMUNITARIO

cientemente tupido e identificable que aporta a los individuos una buena parte de los recursos de su vida en común. Para poder hablar de comunidad tiene que existir un cierto grado de cohesión social y un cierto sentimiento de pertenencia. Una comunidad se encuentra siempre en continuo dinamismo y transformación por lo que podemos asemejarla a un gran trozo de plastelina al que a lo largo del tiempo y desde distintos ángulos le vamos aplicando fuerzas y va cambiando su forma. En otras palabras, una comunidad va a ser el efecto resultante de su historia más los intereses y valores de cada individuo que la compone. Por esta razón se puede afirmar, que para desarrollar un correcto trabajo comunitario será necesario dirigir las acciones a cada uno de los individuos que conforman la comunidad.

Entendido de esta forma, el Trabajo Comunitario es el que cree en la persona y la hace crecer, la responsabiliza de sus acciones y la anima a compartir y a trabajar por una comunidad mejor de la que se siente parte a la vez que aporta. Tiene presente el contexto, las personas de su alrededor y trabaja para que estas últimas mejoren. Como el lector habrá averiguado, estamos haciendo referencia, según Rothman, a un modelo de desarrollo de la comunidad.

Parafraseando a Zamanillo (2010, pg.62), construir lo comunitario será siempre una obra inconclusa: convencerse de que hay que seguir desarrollándola, recreándola con nuevos proyectos, cuidándola, como se cuida a la vida que nos da el aliento para seguir en el mundo.

Cuando una cuestión se estudia a fondo las conclusiones pueden llegar a convencer a todas las partes implicadas logrando un verdadero consenso, pero como afirma Bauman:

El entendimiento común solo puede ser un logro que se alcanza (si es que se alcanza) al final de un prolongado y tortuoso trabajo de discusión y persuasión en una agotadora competencia con un número indefinido de potencialidades distintas, todas las cuales rivalizan por la atención y todas las cuales prometen una mejor (más correcta, más eficaz o más placentera) distribución de las tareas de la vida y mejores soluciones a los problemas de esta (...) La comunidad del entendimiento común, incluso aunque se alcance, seguirá siendo frágil y vulnerable, siempre necesitada de vigilancia, fortificación y defensa. (Bauman, 2008, citado en Zamanillo, 2010, pg.68)

La participación es la base del funcionamiento comunitario y es la que da legitimación a todas las acciones comunitarias, pero porque exista una alta participación, cosa difícil en las modernas sociedades actuales, no es garantía para que una comunidad determinada funcione mejor. La historia muestra numerosos ejemplos, el más conocido, cuando Hitler llegó al poder por la participación y aceptación del pueblo alemán.

Toda comunidad atraviesa diferentes etapas durante su existencia, es determinante cono-

cer su historia y en que momento se encuentra, ya que afecta de forma importante a como participan sus miembros. Tampoco podemos olvidar la poderosa influencia que ejercen en la comunidad los intereses particulares de los individuos. En este contexto, Timsit desarrolló sus conocidas y utilizadas estrategias de manipulación mediática. Los intereses más poderosos (ya sea por dinero, por controlar los medios de comunicación, etc) disponen de una mayor capacidad de acción para conseguir que sus ideas sean socialmente más visibles y por lo tanto más fácilmente aceptadas.

Debido a los motivos expresados hasta aquí, sería de ingenuos pensar que todos estos factores no van a influir de forma poderosa y en ocasiones determinante en el funcionamiento de una comunidad. Motivo por el cuál pienso, que lo fundamental es que la comunidad esté formada por personas con capacidad reflexiva y crítica, para que sea la protagonista final de su propio destino. En el diseño de un proceso comunitario, existen aspectos importantes sobre la participación comunitaria que no podemos pasar por alto:

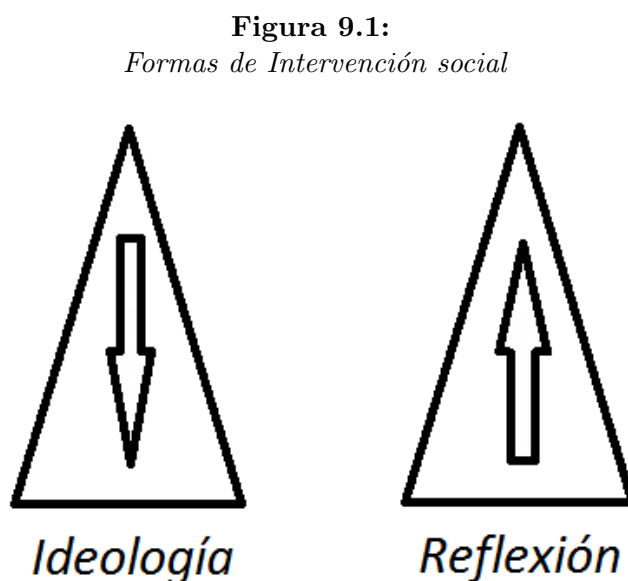
- La legitimación de un proceso comunitario aumenta a medida que la participación se hace mayor.
- Cada comunidad es diferente, el grado de participación influye en la cohesión social de la comunidad, pero no determina ni el tipo de organización, ni el bienestar de esa comunidad.
- La participación es requisito fundamental para que una comunidad funcione, pero por si misma no es suficiente para garantizar una buena elección.
- Toda comunidad atraviesa por diferentes etapas que influyen de forma poderosa en las dinámicas comunitarias.
- La participación en masa es muy influenciable, Trotter llega a comentar que «la mente del grupo no piensa».
- La participación siempre es fuente de poder, pero es necesario preguntarse ¿quien dirige las riendas?.
- No existe la comunidad perfecta, toda comunidad es un proceso continuado y siempre inacabado que debe buscar la mejora de sus miembros.

Tras muchos años de acciones comunitarias, múltiples modelos de actuación, y enormes diferencias en la finalidad perseguida con su utilización, es momento de pararnos a pensar y debatir de forma profunda y sosegada sobre el trabajo comunitario que queremos y que realizamos, profundizando en su teoría y apoyándonos en la práctica que somos expertos.

9.3. APRENDIZAJES Y REFLEXIONES SOBRE TS COMUNITARIO

A la hora de plantear una intervención comunitaria es necesario diferenciar entre dos paradigmas para comprender los fundamentos del trabajo comunitario (ver fig.9.1). Un primer paradigma es el que entiende la gestión de la intervención desde un grupo motor que forma parte de la cúspide de la población y orienta las acciones diseñadas hacia la base de la sociedad. El grupo motor se atribuye la forma de pensar de la comunidad y la capacidad de decisión de las acciones que se deben poner en funcionamiento y su momento oportuno. Es lo que podemos denominar como un trabajo comunitario ideológico, sustentado, de forma consciente o inconsciente, por los ideales yacentes en el grupo motor.

El otro paradigma al que nos referimos para entender el trabajo comunitario se basa en lo inverso. Ya que no existe una forma de comunidad perfecta, y cada comunidad es conformada por unos determinados individuos, va a ser tarea de todos ellos construirla. Razón por la cual, se puede afirmar que la base de la comunidad es el individuo, siendo necesaria la personalización de todos ellos; es decir, que cada individuo pueda alcanzar una personalidad propia marcada por una capacidad de reflexión y de acción. A este otro paradigma lo denominaremos como trabajo comunitario reflexivo por parte de cada miembro que forman la comunidad.



Fuente: Elaboración propia.

En apenas cincuenta años, la sociedad europea actual ha cambiado tanto que para Rothman sería difícil reconocerla, ha pasado a ser lo que Bauman define como modernidad líquida, en la que uno de sus efectos es el bajo grado de participación social.

Una comunidad es la suma de todos sus miembros, o lo que es lo mismo, que lo importante

de una comunidad son todos y cada uno de los que la componen, si las personas cambian la comunidad cambia. Por ello las acciones comunitarias tienen que ir dirigidas a cada una de las personas de la comunidad. La mejor y más directa forma para llegar hasta ellas es durante el proceso educativo. La educación tiene que servir además de para aumentar el nivel cultural, para aprender a reflexionar y desarrollar criterios propios, para obtener unos valores éticos, y para que la persona valore y tenga pasión por lo que le rodea y por los que le rodean. El fruto de esta forma de educar es el ejercicio individual y comunitario de la libertad de acción en función de la voluntad personal, y tendrá como efecto enriquecer el dialogo social y posibilitar que ante un determinado conflicto comunitario el grado de participación social crezca exponencialmente para buscar una solución si la comunidad así lo cree necesario.

En la primera columna del cuadro 9.1 se muestra de forma sintetizada los principales rasgos que caracterizan a las comunidades actuales, en la segunda columna se recogen las características que tendría una comunidad de tipo reflexivo. Es cierto que las comunidades actuales disponen de muchos cauces de participación y existe una organización de la participación formal a través del tejido asociativo y las ong's, pero a pesar de todo ello cuando montamos alguna actividad, o participamos en algo establecido tenemos siempre la sensación de ser pocos y vernos los mismos en muchos sitios diferentes. Podemos poner numerosos ejemplos del índice de participación en proyectos comunitarios, en entidades asociativas, sindicatos, en AMPAS, en las votaciones,... Lo cierto es que por diferentes motivos (precariedad laboral, falta de tiempo, valores imperantes, etc), salvo excepciones, el índice de participación social en actividades comunitarias es bajo. En esta situación lo que habitualmente se intenta es montar acciones que aumenten la participación de la población o al menos que, mediante la utilización de los medios de comunicación, den la imagen de una participación mayor, con el objetivo de establecer acciones colectivas que legitimen los fines que propone el equipo motor. En este proceso el debate se crea en grupos muy específicos, normalmente muy alejados de la ciudadanía, donde es sencillo que puedan existir múltiples intereses ocultos o particulares. Tristemente, suele ser habitual, que el actual modelo de acción, se distinga por buscar la confrontación de dos partes de la comunidad, descalificando o dejando a la otra parte en evidencia o tratando de anularla por completo, lo cual suele generar una reacción y un resentimiento social en la parte afectada. El actual modelo, pone a la comunidad por encima de las personas. Lo que propongo en la segunda columna es el modelo opuesto al actual, donde el trabajo comunitario tenga como primer objetivo el bienestar de todas y cada una de las personas que forman la comunidad. Para que esto sea posible es necesario potenciar que las personas sean capaces de ponerse en el lugar del otro, se caractericen por tener un determinado nivel cultural y cuenten con capacidad crítica y reflexiva. El tipo de comunidad comentado generará un amplio y enriquecedor debate social, y moverá a la persona a parti-

9.3. APRENDIZAJES Y REFLEXIONES SOBRE TS COMUNITARIO

cipar de forma más activa según sus propios principios e intereses. Me estoy refiriendo a una sociedad más madura y comprometida socialmente, con voluntad de consenso y capacidad de disenso, donde cada individuo tenga mayor libertad de pensamiento y actuación.

Cuadro 9.1:
Trabajo comunitario actual y propuesta futura.

	ACTUALIDAD	PROPUESTA
Sociedad	Individualista. Baja participación social	Reflexiva y con criterios propios
Objetivo	Las acciones colectivas	La persona
Base y soporte de la intervención	Persigue aumentar la participación	Busca potenciar personas cultas y reflexivas
Sujeto	Lo importante es la comunidad. La persona tiene un papel secundario	La persona es la base de la sociedad y de la intervención
Influenciar la intervención (Manipulación de masas)	Sencillo	Más difícil
Debate	Restringido en grupos específicos	Amplio debate social
Apertura	No se tienen en cuenta las minorías	Contempla a todos
Actitudes	Seguimiento de la mayoría	Voluntad de consenso y capacidad de disenso
Índice de participación	Bajo	Alto
Paradigma de acción	De arriba a abajo	De abajo a arriba
Observaciones	Es más importante el programa que sus creadores	Cada individuo decide. Aprender a pensar y libertad para actuar

Fuente: Elaboración propia.

La labor que tendrá el trabajador social en el ámbito comunitario, será principalmente la de profundizar en el conocimiento de los dilemas sociales hasta llegar a comprender sus diferentes posturas, siendo capaces de ponernos en el lugar del otro y llegando a entender que intereses pueden existir en segundo plano (intereses económicos, miedos, tipo de educación, etc), para lo que será necesario apoyarnos en datos objetivos y un alto grado de reflexión, también conjunta con otras disciplinas, antes de cualquier actuación. Fijándonos en quienes son los desprotegidos, pero preguntándonos quienes serán los afectados (miembros también de la comunidad) de las medidas que se tengan que poner en marcha, y buscando soluciones win-win. El motor de todo cambio social debe ser el interés personal que surge de desvivirse por el otro y por resolver la situación problema construyendo comunidad entre todos. La supervisión periódica es la herramienta fundamental con la que contamos los trabajadores sociales para poner en práctica una mejora continua de nosotros mismos y de nuestra labor profesional.

A nivel comunitario, desde el trabajo social, tenemos que dar el paso de fundamentar

la intervención en criterios científicos apoyándonos en las nuevas tecnologías. Apoyados en los criterios ideológicos el trabajo social comunitario es como una gran ola que llega y deja sus efectos pero desaparece, si lo apoyamos en criterios sólidos todo avance será inamovible. El trabajo comunitario tiene que estar a pie del cañón en los principales dilemas sociales profundizando en ellos para llegar al fondo de cada cuestión. Facilitando datos objetivos que permitan la reflexión y preguntándonos continuamente los porqués de las cosas, tratando de llegar a la raíz de los problemas, o a puntos en común de ideas distantes para poder construir conjuntamente desde ese punto. Tiene que ser integrador y tener contacto directo con el resto de disciplinas (economistas, juristas, filósofos, arquitectos, etc). De esta manera será una herramienta al servicio del bienestar personal y de progreso social.

Para fortalecer la comunidad, es necesario dar máxima importancia a la libertad personal, formando individuos cultos, libres y críticos respetando el primer principio general establecido en nuestro Código Deontológico: «Respetar activamente a la persona, al grupo o a la comunidad como centro de toda intervención profesional». La transformación social tiene que basarse en una economía al servicio de la persona con la que pueda desarrollar todas las capacidades para una vida digna, construida gracias a su plena participación.

Respecto al cómo trabajar todos juntos, el camino es la interdisciplinariedad, pero esta no será posible sin unos mínimos básicos como una actitud de escucha, y una posición neutral abierta a cambios. También deberá existir un desarme lingüístico de cada disciplina, dejando a un lado aspectos centrales de cada una de ellas para buscar un lenguaje y unos puntos de unión. No menos importante será crear una metodología interdisciplinar en el que todos los participantes se vean integrados. Sin estos previos estaremos al servicio de intereses particulares, pero no se llegará a vislumbrar lo que realmente necesita una comunidad. Todos los elementos enumerados no servirán de nada si no se construye en la dirección correcta. En el caso de Vallecas Activa todo surgió a partir de un ofrecimiento y una pregunta: estos son los recursos de que dispongo, ¿en qué te puedo ayudar?

Como colofón quería finalizar recopilando las principales ideas aprendidas a modo de breves conclusiones aplicables a todo trabajo comunitario:

- Honestidad en los planteamientos, reconociendo la posibilidad de que otro planteamiento sea mejor o complementario al nuestro.
- Dejar a un lado intereses personales y lucha de poderes, debe guiarnos la pasión por el ser humano.
- Que las decisiones sean técnicas fundamentadas en datos objetivos y en razonamientos consensuados entre las distintas disciplinas científicas.

9.3. APRENDIZAJES Y REFLEXIONES SOBRE TS COMUNITARIO

- Escuchar hasta llegar al punto de poder comprender los argumentos de la opinión más distinta a la nuestra.
- Imprescindible construir la comunidad desde la Interdisciplinariedad.
- Respeto activo y aceptación plena de la persona.
- Desconfiar de los líderes y creer en las personas.
- Definir desde el principio la intención que se persigue al poner en marcha una acción comunitaria.
- Todo proceso comunitario debe ser público y transparente de principio a fin.
- Conocer a fondo y tener siempre presentes las características de las personas más vulnerables.
- Estudiar detenidamente los grupos de afectados y perseguir establecer procesos win-win.
- Lo que resuelva la comunidad por si misma tiene un valor incalculable.
- El verdadero trabajo comunitario, cuando se estudia a fondo, termina convenciendo a las partes implicadas, no impone su postura por considerarla mejor.
- Libertad y respeto a los que no participan en el trabajo comunitario para que puedan continuar expresando sus opiniones y trabajando por ellas. Muy respetuosos con estos grupos.
- El centro de todo trabajo comunitario debe ser el individuo y el incremento de su libertad personal.
- Lo fundamental es vivir de forma comprometida, desviviéndose por los demás y por el cuidado de la comunidad (comunidad ética de Bauman).
- Lo peor de un sistema es su falta de humanidad.

Capítulo 10

Principales conclusiones

El reciente estudio realizado por Cuenca (2021) en su tesis doctoral «*Un marco ético para el trabajo social comunitario*» concluye exponiendo la conciencia de las personas participantes en el estudio, en donde expresan que:

- La práctica actual del trabajo social comunitario no es transformadora.
- Es posible hacerlo mejor, y no se está haciendo.
- Se está haciendo mal y no se sabe por dónde empezar a hacerlo bien.

Sin llegar a ser tan tremendistas, cada caso concreto es completamente distinto y no es bueno caer en generalizaciones, creo que es importante reflexionar sobre que se está haciendo y como podemos mejorarlo. El principal motivo que observa esta autora, es la inexistencia de principios éticos en el desarrollo del trabajo social comunitario adaptados a los contextos de intervención. Esto es lo que ha ocurrido en los momentos más difíciles que ha sufrido Vallecas Activa durante su ejecución. En este caso, los conflictos han tenido sus raíces en problemas éticos, principalmente producidos por presiones ejercidas por intereses particulares.

Desde los orígenes del trabajo social, el centro de intervención siempre han sido las personas y sus problemas, algo que ahora, dada su importancia, también persigue en sus programas la Unión Europea a través de la Agenda 2030, poniendo en el centro de las políticas a las personas. Igualmente, en el trabajo social comunitario, el centro de la intervención son los sujetos que conforman la comunidad. Como afirman Picornell-Lucas et al. (2022), la comunidad no

es un sujeto de derechos, es un ámbito de intervención; considerando el trabajo comunitario, cada vez más un modelo que engloba un conjunto de principios rectores de intervención.

Uno de los objetivos del trabajo comunitario es realizar esfuerzos para empoderar a las personas en todas sus dimensiones (ética y valores, formación, laboral-económico, salud, seguridad en uno mismo, etc), lo que sin lugar a dudas redundará en una comunidad más madura y con mayores posibilidades de éxito. El empoderamiento personal aumentará la capacidad de autodeterminación del individuo, y favorecerá un mayor debate social entre la ciudadanía. De acuerdo con la FITS:

La voluntad de decidir se entrecruza con condiciones estructurales, con lo que el ejercicio de la autonomía de la comunidad requiere de recursos como educación, empleo decente, acceso a atención de la salud, vivienda segura y estable, seguridad, saneamiento adecuado, agua potable, ambientes sin contaminación y acceso a la información. (Declaración FITS, 2018, en Cuenca (2021))

Por lo tanto, sin unas condiciones mínimas personales y estructurales será muy difícil que los individuos puedan tomar decisiones libres de influencias externas, ser solidarios, ser voluntarios, o participantes de entidades asociativas.

Los recursos sociales son escasos y limitados. Todo el presupuesto que se invierte en gasto público tiene que estar muy bien estructurado, e ir dirigido a conseguir sacar a las personas de la situación-problema en donde se encuentran, no a que se mantengan en su misma situación, de hay la importancia de ser eficaces en las acciones que realizamos. Es necesario que nos preguntemos en cada situación si trabajamos para cubrir necesidades inmediatas, las cuales son muy importantes; o cuales, son los objetivos futuros que queremos alcanzar para revertir la situación-problema. Habrá situaciones en las que tal vez tengamos que llegar a plantearnos, incluso, «tutelar a una familia» y trabajar con la segunda generación.

Los trabajadores sociales tenemos un papel importante trabajando en la mejora continua de la comunidad, creando canales de participación, apoyando para que mejoren los ya existentes, analizando cuales son los problemas importantes más demandados, favoreciendo la participación, incluso, llegando a recompensar las mejores propuestas realizadas cada año. Otro aspecto es la gestión del voluntariado ante necesidades sociales detectadas, fomentando la participación y organizando su funcionamiento.

La generación y fomento de redes reales y virtuales. La sociedad ha cambiado y la forma de relacionarse también. Cada vez existen más posibilidades de crear redes sociales virtuales a través de medios informáticos, tal es el caso de Whatsapp, Telegram, Nextdoor, ¿tienes sal?, Facebook, etc. Cada vez más, estas redes surgen por necesidades comunes de los propios afectados. La mayoría de estas redes funcionan de forma autónoma e independiente. El trabajo comunitario tiene que tender a que se expandan este tipo de redes y grupos de apoyo mutuo,

y a apoyarlos únicamente cuando sea necesario. Cuanto más empoderada este una población determinada, ante una necesidad concreta, mayor implicación existirá por buscar solución al problema. El aumento y la forma en que se utilizan estas redes es un buen indicador del grado de madurez que tiene una comunidad.

Un aspecto importante a trabajar, es la creación de redes de trabajo conjunto, fomentando la colaboración entre distintos organismos e instituciones, tanto de origen público como privado, persiguiendo la finalidad de mejorar procedimientos, programas y actuaciones que busquen mejorar siempre el bienestar del ciudadano. Un ejemplo de este tipo es la creación del programa Vallecas Activa.

Una situación en el que se tiene que ser especialmente cuidadoso, es cuando, por el motivo que sea, se utilicen mecanismos representativos de la población. En este caso, de acuerdo con Cuenca (2021):

... se debería velar para que no solo participasen aquellas representantes de colectivos cuyo discurso resulta cómodo, ni tampoco la de aquellas personas a las que resulte más fácil contactar. Los procesos deliberativos no pueden ser utilizados para legitimar decisiones que han sido tomadas sin tener en cuenta todas las voces, de sustituirlas por otras más afines, o de silenciarlas directamente. Por el contrario, estos procesos deben facilitar el acceso al debate público de todos aquellos intereses, diversos y contradictorios, presentes en la comunidad. Solo de esta forma, sin que ningún agente haya quedado excluido, las trabajadoras sociales podrán justificar razonadamente las decisiones que se haya tomado en contextos comunitarios. (pg.131)

Una faceta en la que tenemos que avanzar y dar mucha más importancia, es la de la investigación social, no solamente desde las universidades, si no desde las propias instituciones donde trabajamos, midiendo y analizando las necesidades de las comunidades donde estamos inmersos, como primer paso para reflexionar y profundizar sobre nuestro trabajo, sobre el funcionamiento de la comunidad, sobre las causas que generan las desigualdades existentes y los dilemas sociales. Es fundamental que entremos en la dinámica de cuestionarnos nuestro trabajo de forma continua, que podamos analizarlo y medirlo, y que tengamos debate de como mejorarlo.

También es necesario avanzar en generar nuevos modelos de trabajo comunitario que tengan en cuenta la dimensión ética y a la vez busquen generar procesos constructivos que generen consenso entre las partes en lugar de favorecer el enfrentamiento entre distintas tendencias. La comunidad tiene que tender a ser como una gran familia, donde cada uno aporta lo que puede en función de su idiosincracia y sus circunstancias personales, y a la vez recibe en cada momento lo que necesita de la comunidad. Para desarrollar el trabajo comunitario,

en cualquiera de sus formas, siempre será necesario realizarlo desde una perspectiva interdisciplinar que acepte el solapamiento entre distintas disciplinas.

Una última cuestión que es necesario profundizar, es el estudio de los problemas que están dificultando el funcionamiento del trabajo social comunitario, distinguiendo cuales de ellos vienen originados por problemas de origen ético.

ANEXOS

Apéndice A

Análisis Legislativo

Apenas finalizada la Segunda Guerra Mundial, en 1948, la ONU aprueba la Declaración Universal de Derechos Humanos (UNESCO, 1948) en la que recoge en su art. 25 que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Declaración que aún no siendo vinculante para los países que la han ratificado, ha tenido una enorme influencia en las legislaciones de muchos países. En el caso de España, se ha reflejado de la siguiente forma en la Constitución Española:

Art.10.2: Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.

A.1. Constitución Española, 1978

El capítulo III dedicado a los principios rectores de la política social y económica recoge de la siguiente forma el derecho a la protección a la salud:

Art.43: Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Como aclara el art.53.3 todos los principios expresados en el capítulo III no tendrán un efecto jurídico directo. Sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen. Motivo por el que estudiaremos su desarrollo legislativo.

El art.148 recoge las materias que pueden ser transferidas a las CC.AA. Sí existe desarrollo legislativo en la Comunidad de Madrid, profundizaremos también en él.

Art.148.1: Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en las siguientes materias:

19. Promoción del deporte y de la adecuada utilización del ocio.
20. Asistencia Social.
21. Sanidad e higiene.

A.2. Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de Bases de Régimen Local

El municipio como administración más cercana al ciudadano, según establece la ley 7/1985, tiene competencias propias en materia de atención social y deportiva, para poder complacer las necesidades y aspiraciones que tengan los vecinos.

Art.25:

1. 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 los términos previstos en este artículo.
2. El Municipio ejercerá en todo caso como competencias propias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en las siguientes materias:
 - e) Evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social.

A.3. LEGISLACIÓN SANITARIA

l) Promoción del deporte e instalaciones deportivas y de ocupación del tiempo libre.

Será obligatorio para los municipios con población superior a 20.000 habitantes prestar los servicios enumerados en el párrafo anterior (Art.26.1.c).

A.3. Legislación sanitaria

A.3.1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

El desarrollo legislativo de la Carta Magna en materia de protección a la salud se regula a través de la Ley 14/1986, en la que se establece la estructura y funcionamiento del sistema sanitario público. Ley que tiene la condición de norma básica para todo el territorio nacional, pudiendo las Comunidades Autónomas dictar normas que complementen la presente ley.

A continuación se muestra la estructura de ley:

TÍTULO PRELIMINAR. Del derecho a la protección de la salud.

TÍTULO I. Del sistema de salud.

TÍTULO II. De las competencias de las Administraciones Públicas.

TÍTULO III. De la estructura del sistema sanitario público.

TÍTULO IV. De las actividades sanitarias privadas.

TÍTULO V. De los productos farmacéuticos.

TÍTULO VI. De la docencia y la investigación.

TÍTULO VII. Transparencia y sostenibilidad del gasto sanitario.

Analicemos a continuación alguno de sus artículos. El artículo cinco recoge la articulación de la participación comunitaria dirigida desde los servicios de salud y el diez el derecho a participar en las instituciones comunitarias. Ciertamente desde los Centros de Salud llevan años tratando de impulsar actividades de este tipo elaborando una agenda comunitaria en los barrios. El artículo menciona la posibilidad de que las organizaciones empresariales y sindicales pero no realiza ninguna mención a coordinarse con los recursos sociales y otro tipo de recursos para poder implantar mencionados programas.

Art. 5:

1. Los Servicios Públicos de Salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria a través de las Corporaciones territoriales correspondientes en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.
2. A los efectos de dicha participación se entenderán comprendidas las organizaciones empresariales y sindicales. La representación de cada una de estas organizaciones se fijará atendiendo a criterios de proporcionalidad, según lo dispuesto en el Título III de la Ley Orgánica de Libertad Sindical.

Art.10: Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

10. A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.

El artículo 6 explicita la finalidad de las actuaciones sanitarias entre las que se incluyen la educación sanitaria, la prevención de enfermedades y la reinserción social del paciente, todas ellas en la línea de trabajo que propone Vallecas Activa. Tampoco este artículo menciona nada de la necesidad de coordinarse con otros subsistemas públicos para poder conseguir los objetivos propuestos.

Art. 6:

1. Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:
 - a) A la promoción de la salud.
 - b) A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
 - c) A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
 - d) A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
 - e) A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.
2. En la ejecución de lo previsto en el apartado anterior, las Administraciones públicas sanitarias asegurarán la integración del principio de igualdad entre mujeres y hombres, garantizando su igual derecho a la salud.

A.3. LEGISLACIÓN SANITARIA

El único artículo de la ley donde se hace mención a la coordinación con servicios sociales es el que hace referencia a los problemas de salud mental, regulado en el artículo veinte.

Art.20:

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Viendo esta ley es necesario preguntarse si para lo único que debemos coordinarnos salud y servicios sociales es en los casos de salud mental. También hay que preguntarse si no se tienen que coordinar salud con otros subsistemas públicos como deporte, educación, e incluso cultura.

A.3.2. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la C.M.

En el articulado de la ley 12/2001 existe mayor referencia a la necesidad de coordinarse con diferentes organismos institucionales, pero solamente hace referencia a dos aspectos muy concretos: en el caso de enfermos de salud mental para establecer la rehabilitación psicossocial (art.16.b), y en los drogodependientes que es el objeto de ser de la Agencia Antidroga (art.135).

Art.16

La Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, a través de los recursos y medios de que dispone su Sistema Sanitario, desarrollará las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

a) La atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo a la atención sociosanitaria.

b) La atención integrada de salud mental potenciando los recursos asistenciales en el ámbito ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial, la atención domiciliaria, la rehabilitación psico-social en coordinación con los servicios sociales, y realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas hospitalarias.

Art.135

La prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción, investigación y formación en drogodependencias con sus propios medios y mediante la cooperación, coordinación y participación de la Comunidad de Madrid con las distintas administraciones y organizaciones sociales que intervengan en este campo.

Para el resto de coordinaciones se nombran de forma muy vaga en el artículo 57. Una lectura atenta de este artículo parece dar a entender que se dirige más a la cooperación con instituciones europeas y entre instituciones gubernamentales españolas pero siempre dentro del ámbito sanitario. No parece ir dirigido a establecer lazos con otros subsistemas.

Art.57

Se potenciará la cooperación interinstitucional y se garantizará la integración efectiva de los programas de salud pública en los referentes de la Unión Europea. Asimismo se promoverán medidas de colaboración y transmisión de información entre los profesionales de la salud pública de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas, a fin de garantizar la utilización de datos comparables y el desarrollo de actuaciones conjuntas.

El artículo 56 realiza una descripción de cual es la finalidad perseguida por los programas de Educación para la Salud y establece que se podrá realizar de forma coordinada y participativa. Vallecas Activa encaja perfectamente en la descripción de este artículo, veámoslo a continuación:

Art.56

1. La educación para la salud es una herramienta a aplicar en las relaciones de cualquier tipo que establezca el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid con los ciudadanos, cuyo objetivo es promover la modificación en sentido favorable de los conocimientos y actitudes respecto de la salud para conseguir el cambio de comportamientos de los individuos, grupos y colectividades.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos anteriores, el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid contribuirá de una forma coordinada y participativa, en el desarrollo de su función, a la adopción de acciones para la educación sanitaria, como elemento primordial para la mejora de la salud individual y colectiva.
3. Las corporaciones locales orientarán el ejercicio de sus actuaciones complementarias relacionadas con lo dispuesto en la presente Ley, hacia la actividad de educación sanitaria y de promoción de la salud pública.

A.4. Legislación Deportiva

A.4.1. Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte

La ley del Deporte explica en su preámbulo que la atribución de competencias sobre deporte o promoción del deporte se halla explícita en los diferentes Estatutos de Autonomía, por lo que los artículos de esta ley tienen carácter supletorio. Se refiere al fenómeno deportivo como una actividad libre y voluntaria que presenta distintos entornos de desarrollo que requieren tratamientos específicos:

- La práctica deportiva del ciudadano como actividad espontánea, desinteresada y lúdica o con fines educativos y sanitarios.
- La actividad deportiva organizada a través de estructuras asociativas.
- El espectáculo deportivo, fenómeno de masas, cada vez más profesionalizado y mercantilizado.

Esta ley se encarga de regular el asociacionismo deportivo, las Federaciones deportivas españolas y a las Ligas profesionales como formas asociativas de segundo grado, y el deporte de alto nivel, dejando fuera de su ámbito de actuación la práctica deportiva del ciudadano como actividad espontánea, desinteresada y lúdica o con fines educativos y sanitarios por ser actividades que no trascienden del ámbito autonómico. Para el ámbito académico presenta unos principios generales que por su interés se exponen a continuación:

Art.3:

1. La programación general de la enseñanza incluirá la educación física y la práctica del deporte.
2. La educación física se impartirá, como materia obligatoria, en todos los niveles y grados educativos previos al de la enseñanza de carácter universitario.
3. Todos los centros docentes, públicos o privados, deberán disponer de instalaciones deportivas para atender la educación física y la práctica del deporte, en las condiciones que se determinen reglamentariamente. A tal fin deberán tenerse en cuenta las necesidades de accesibilidad y adaptación de los recintos para personas con movilidad reducida.
4. Las instalaciones deportivas de los centros docentes se proyectarán de forma que se favorezca su utilización deportiva polivalente, y podrán ser puestas a disposición de la comunidad local y de las asociaciones deportivas, con respeto al normal desarrollo de las actividades docentes.

5. La Administración del Estado coordinará en la forma que reglamentariamente se determine, las actividades deportivas de las Universidades que sean de ámbito estatal y su promoción, al objeto de asegurar su proyección internacional, teniendo en cuenta las competencias de las Comunidades Autónomas y de las propias Universidades.

Art.4.1:

La Administración del Estado y las Entidades educativas y deportivas atenderán muy especialmente la promoción de la práctica del deporte por los jóvenes, con objeto de facilitar las condiciones de su plena integración en el desarrollo social y cultural.

Como se ve en los artículos anteriores la ley mantiene un enfoque del deporte muy dirigido a la población infanto juvenil. El art.4.2, hace referencia a la población discapacitada, el cual ha tenido hasta el momento un escaso desarrollo.

Art.4.2:

Es competencia de la Administración del Estado fomentar la práctica del deporte por las personas con minusvalías físicas, sensoriales, psíquicas y mixtas, al objeto de contribuir a su plena integración social.

A.4.2. Ley 15/1994, de 28 de diciembre, del Deporte de la C.M.

La ley 15/94 recoge de forma expresa en sus principios rectores (art.2) la idea de integrar a los colectivos desfavorecidos en este ámbito, haciendo referencia explícita a mujeres y discapacitados.

Art.2. - Principios rectores de la política deportiva:

1. La política deportiva de la Comunidad de Madrid se inspirará en los siguientes principios:
 - a) La efectiva integración de la educación física y del deporte en el sistema educativo.
 - h) La difusión de las actividades físicas y del deporte en todos los sectores de la población y, en particular, entre los más desfavorecidos.
 - i) La promoción de las actividades físicas y del deporte entre los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales como forma de integración social y

A.4. LEGISLACIÓN DEPORTIVA

de terapia, facilitando las condiciones necesarias de acceso a las instalaciones deportivas para la práctica deportiva, así como las condiciones de acceso como espectadores a las mismas.

k) Facilitar el acceso de la mujer al deporte.

Art.3.- Derecho al deporte: Se reconoce el derecho de todos al conocimiento y a la práctica del deporte en plenas condiciones de igualdad.

El siguiente artículo, habla de poner en funcionamiento servicios médico-deportivos a nivel municipal (art.4.2). Esta figura existe en la legislación desde 1994 pero no ha tenido hasta el momento ninguna trascendencia social por su escasa o nula implantación.

Art.4.- Medicina deportiva:

1. La Comunidad de Madrid promoverá la investigación y especialización en el campo de la medicina deportiva, especialmente en sus aspectos preventivos, con objeto de proteger y mejorar la salud de los deportistas.
2. La Comunidad de Madrid podrá suscribir convenios de cooperación con los Ayuntamientos para la prestación y desarrollo de los servicios médico-deportivos municipales.

En los lugares donde se ha puesto en funcionamiento ha ido dirigida más a una atención médica de urgencias y a un asesoramiento de la cobertura de las pólizas del seguro de accidente deportivo. Mientras que en los últimos años ha crecido de forma exponencial la preocupación de la población por un estilo de vida más activo y saludable, no se ha acompasado el proceso con una atención sanitaria especializada en el ámbito deportivo. La implantación de este tipo de medidas puede ser muy útil como prevención primaria en el ámbito de la salud pública.

El artículo 23 recoge las competencias de los municipios en materia deportiva que podemos resumir en:

- Fomentar las actividades físicas de carácter formativo y recreativo, especialmente entre los escolares.
- Gestionar las previsiones urbanísticas sobre reserva de espacios y calificaciones de zonas para la práctica del deporte.
- Construir y gestionar las infraestructuras deportivas en su territorio.
- Los Municipios de más de veinte mil habitantes deberán garantizar, por sí o asociados, la prestación del servicio público deportivo municipal.

Una lectura atenta de las competencias expuestas en el artículo anterior deja a l descubierto aspectos interesantes que no quedan reflejados como son:

- El deporte con el objetivo de prevenir enfermedades (o al menos retrasarlas) manteniendo desde edades tempranas un estilo de vida saludable en la población.
- La coordinación de los recursos deportivos con el resto de recursos públicos (salud, servicios sociales, educación,...).
- El fomento del deporte recreativo (como estilo de vida), por si mismo, no dirigido al ámbito competitivo.
- Actividades paralelas para padres e hijos en los mismos horarios con la finalidad de hacer posible el deporte de todos los miembros de la familia durante la etapa de crianza.

Un aspecto importante que puede dejar fuera a un número importante de población son las tarifas de las actividades. En el 2016 se reglamentó en el ayuntamiento de Madrid un sistema para adaptar los precios a colectivos desfavorecidos pero su grado de implantación en la actualidad es todavía muy escaso. Se desconoce la aplicación en otros municipios de la Comunidad, pero se cree que en estos momentos es prácticamente inexistente. La ley del deporte lo recoge desde 1994 en el siguiente artículo:

Art.24.4:

1. Las tarifas que puedan recibirse por la prestación del servicio público deportivo municipal tenderán a cubrir los costes reales, sin perjuicio del establecimiento de regímenes especiales para colectivos específicos cuyas condiciones económicas dificulten su acceso a las instalaciones con el fin de que ningún madrileño quede excluido del acceso al citado servicio en función de su situación económica.

A.5. Legislación de Servicios Sociales

Referente a Servicios Sociales, no existe legislación a nivel nacional, ni siquiera una ley marco, ni una ley de bases que aglutine el desarrollo legislativo posterior lo que sin lugar a dudas crea importantes divergencias entre las distintas regiones. Las competencias legislativas en materia de Servicios sociales tal y como indica el art. 148.1.20 de la Constitución, han sido asumidas por las Comunidades Autónomas.

A.5.1. Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la C.M.

La ley da importancia a la coordinación entre servicios que operan en el mismo territorio y lo explicita tanto en los principios (art.3.j) como en las funciones de atención social primaria (art.31.j) como de atención social especializada (art.33.g). En todos ellos hace referencia a coordinarse con los servicios de salud, educación, cultura y empleo, pero en ningún caso menciona la coordinación con los servicios competentes en materia deportiva.

A.5.2. Coordinación sociosanitaria

En diciembre del 2011 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publica el Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España (IMSERSO, 2011) en donde se recogen las principales necesidades de estos ámbitos:

- Aumento de la demanda de cuidados profesionales desde los sistemas sanitarios y sociales (dependencias, enfermedades crónicas).
- Pasar del modelo centrado en el episodio agudo a uno centrado en el paciente y en su familia que de prioridad a la calidad de vida y a la calidad de atención.
- Coordinación sociosanitaria para ofrecer una respuesta integral a las necesidades socio-sanitarias.
- Avanzar en estrategias de coordinación:
 - Compartir una visión y un modelo conjunto de atención.
 - Redefinir conceptos básicos (usuario sociosanitario, tipología de recursos, protocolos de derivación, etc).
 - Avanzar en la coincidencia de las demarcaciones geográficas entre el sistema sanitario y social.
 - Potenciar estructuras de coordinación compartida en los niveles asistenciales, de gestión y dirección.
 - Necesidad de definir procesos claros y homogéneos de atención intersectoriales.
 - Programas de promoción de la autonomía personal.

Para conseguirlo enumera una serie de medidas mayoritariamente muy generales que agrupa en innovación organizativa, asistencial y tecnológica.

Para terminar, el libro blanco finaliza con una consulta a los agentes sociales, económicos y del tercer sector donde se expresan algunas medidas interesantes para mejorar la coordinación sociosanitaria. A continuación expongo las que me parecen mas adecuadas:

- La coordinación sociosanitaria es parte de toda una serie de cambios que se orientan hacia un sistema más sostenible y eficiente. Han de desarrollarse prioritariamente estrategias de atención a la enfermedad crónica frente al proceso agudo.
- Es conveniente el desarrollo de fórmulas de cofinanciación compartidas entre ambos sectores, sanitario y social, al igual que generar estructuras de coordinación que permitan la complementariedad entre los mismos.
- La garantía debe ser pública, y la gestión privada o no. Pero el compromiso es evidente.
- En situación de crisis es más importante que nunca adoptar un cambio de perspectiva que permita asegurar «lo social».
- Barreras identificadas:
 - La gratuidad del sistema sanitario frente al coste del sistema social.
 - La diferente consideración de los profesionales sanitarios y sociales a pesar de tener las mismas categorías profesionales.
 - La falta de liderazgo y control de la eficiencia en la gestión.
 - La diferente cultura histórica, y el diferente grado de desarrollo. El sistema sanitario actualmente tiene una posición ventajosa frente al social.
 - Es necesario para cuidar la calidad velar por los sistemas de subasta: no es posible por debajo de ciertos límites ofrecer la mínima calidad exigible.
 - Falta de una definición clara y directrices concretas que favorezcan esta intervención.
 - El hecho de que existan 17 sistemas de atención supone una barrera importantísima para la coordinación. Si todo lo que surge del ámbito nacional, y por lo tanto del Estado, tiene el carácter de recomendación, difícilmente podremos avanzar hacia una estrategia sociosanitaria común a todo el territorio.
 - El distinto enfoque que tienen lo social y lo sanitario de las necesidades de las personas lleva a un escenario difícil de manejar. Es necesario consensuar estos enfoques.
 - Las diferencias en el nivel de desarrollo de ambos sistemas supone una dificultad para procurar la coordinación.

A.5.3. ¿Y la coordinación con las instituciones deportivas?

La coordinación con instituciones deportivas desde el sistema social es inexistente más allá de gestionar algún equipo desde educadores que participe en una liga municipal.

A.6. RECOPIACIÓN NORMATIVA ANALIZADA

La coordinación entre salud y deporte siempre ha sido más cercana. Han existido y existen numerosas iniciativas en el ámbito de la medicina deportiva. El presidente de la hoy extinguida Asociación Española de Medicina del Deporte Municipal comentaba:

En la medicina deportiva, se considera de importancia capital el problema de prevenir o remediar los efectos negativos de un estilo de vida sedentario y del envejecimiento. Por tanto, la actividad física adecuada constituye un valioso componente de los regímenes terapéuticos para el control y tratamiento de la cardiopatía coronaria, la hipertensión sistémica, la obesidad, los trastornos músculo esqueléticos, las enfermedades respiratorias y la depresión. La forma física puede aportar también una sensación de bienestar y de autonomía. Ya que el ejercicio físico regular puede contribuir a mejorar la salud y permitir al sujeto una vida más productiva y agradable, esta función «social» del deporte debe ser uno de los objetivos prioritarios de los poderes públicos. (Novella, 2004, pg.2)

Martínez Aguado, 2004 expresa que es necesario establecer itinerarios de práctica deportiva, y que existan estrategias de gestión deportiva con los sistemas educativo, deportivo y sanitario. También plantea dos directrices transversales a todos ellos: La multiactividad física y la recreación entendida para que genere en el practicante diversión, alegría y deleite.

A.6. Recopilación normativa analizada

A continuación se realiza una recopilación de la normativa española estatal y autonómica analizada en esta tesis:

- NORMATIVA ESTATAL:
 - Constitución Española. (1978), BOE-A-1978-31229. Recuperado desde www.congreso.es
 - Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local. (1985), BOE-A- 1985-5392. Texto consolidado. Última modificación: 01 de abril de 2020. Recuperado desde www.boe.es
 - Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (1986), BOE-A-1986-10499. Actualización: 13 junio 2015. Recuperado desde www.boe.es
 - Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte. (1990), BOE-A-1990-25037. Texto consolidado. Última modificación: 22 de mayo de 2018. Recuperado desde www.boe.es
- NORMATIVA AUTONÓMICA:

APÉNDICE A. ANÁLISIS LEGISLATIVO

- Ley 15/1994, de 28 de diciembre, del Deporte de la Comunidad de Madrid. (1994), BOCM 11 enero 1995. Actualizada a 25 de mayo de 2018. Recuperado desde www.madrid.org
- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. (2001), BOE-A-2002-4375. Texto consolidado. Última modificación: 22 de marzo de 2017. Recuperado desde www.boe.es
- Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. (2003), BOCM 2 de julio 2003. Actualización: 21 de junio de 2017. Recuperado desde www.madrid.org

Apéndice B

Cuestionario grupos de Salud



HOJA INFORMATIVA

La presente hoja le anima a participar en el estudio: La Comunidad...se pone en forma.

Para la elaboración del mismo están colaborando de manera conjunta las siguientes instituciones: *Los servicios deportivos y servicios sociales del Distrito Puente Vallecas, Madrid Salud, Renta Mínima de Inserción, Equipo de Atención Primaria y Universidad Complutense de Madrid.*

Es importante que comprenda en su totalidad la información que le facilita este documento antes de firmar el formulario de Consentimiento Informado. Para resolverle cualquier duda, tiene a su disposición a la persona que le ha entregado esta información.

Su participación es completamente voluntaria y depende de su elección. En este estudio se espera que participen 400 personas como usted.

¿Cuál es el objetivo de este estudio?

Tiene por objetivo principal comprender la magnitud del efecto que produce el programa Vallecas Activa en sus participantes.

¿En qué consiste la participación?

Para participar usted tiene que estar de acuerdo en rellenar un cuestionario suministrado, y haber firmado el Consentimiento Informado. Rellenar el cuestionario le llevará unos veinte minutos.

En el cuestionario se le preguntará algunos datos sobre su estado de salud, su alimentación y sus hábitos deportivos.

Si, iniciado el cuestionario, decide retirarse del estudio, puede hacerlo cuando quiera sin tener que dar ningún tipo de explicación. Su participación es voluntaria y no va a recibir nada a cambio. Si debe conocer que su contribución es valiosa para aumentar el conocimiento científico.

Confidencialidad de los datos

Toda la información que nos proporcione se tratará según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, utilizando códigos para asegurar la confidencialidad. Sólo los miembros del equipo investigador encargados de contactar con usted conocerán sus datos personales. El resto de los miembros del equipo trabajarán con códigos, ignorando a qué persona le corresponde cada código.

Todas las instituciones arriba mencionadas le garantizan que la información que nos suministre es estrictamente confidencial y nunca podrá ser utilizada en su contra. También le garantizan que toda la información recogida será destruida en su totalidad una vez finalizado el estudio. Por todo ello le rogamos responda con la mayor sinceridad posible a las cuestiones planteadas.





CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Comunidad...se pone en forma.

D./D^a. (Nombre y apellidos) con NIF/NIE:.....(incluidas las letras).

He leído la hoja de información que se me ha entregado, he realizado las preguntas sobre el estudio que he estimado necesarias, habiendo recibido suficiente información sobre el mismo por medio del encuestador:.....

- Entiendo que mi participación es voluntaria.
- Entiendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin dar explicaciones.
- Se me garantiza que TODOS los datos que aporte al estudio son completamente confidenciales, y EN NINGÚN CASO influirán en decisiones que me puedan perjudicar.
- Con este acto presto libremente mi conformidad para participar en el estudio en la fecha abajo indicada.

Madrid, a ____ de _____ de 201__

Firma de la persona encuestada

Si una vez finalizado el estudio desea que le informemos sobre las conclusiones del mismo, facilítenos a continuación su correo de electrónico para que se lo podamos hacer llegar:.....





Actividad o programa en el que participa en el polideportivo

Fecha incorporación



Número DNI/NIE

Cuestionario sobre el estado de su Salud

A continuación le presentamos unas preguntas sencillas. Por favor conteste sinceramente a todas ellas.

P1. Sexo

Seleccione sólo una opción

Masculino

0

Femenino

1

[V1]

P2. Año de nacimiento

Por favor escriba un número

 #

[V2]

P3. Estado civil

Seleccione sólo una opción

Soltero

1

Casado

2

Separado

3

Divorciado

4

Viudo

5

Pareja de echo

6

No sabe/No contesta

9

[V3]

P4. ¿Cuál es el máximo nivel de formación que tiene?

Seleccione sólo una opción

Sin estudios

0

Estudios primarios (EGB, Garantía social, FP-1, ESO, ...)

1

Estudios medios (Bachillerato, FP-2, Ciclos formativos,...)

2

Estudios superiores (Universidad)

3

No sabe / No contesta

9

[V4]





P5. ¿De cuántos miembros (incluido usted) está compuesta su familia en la actualidad?		
Por favor escriba un número		
#	<input type="text"/>	V5
5.1 Si ha tenido hijos, ¿Podría decirnos cuantos ha tenido?		
Por favor escriba un número		
#	<input type="text"/>	V93

P6. Por favor enumere la siguiente tabla incluyendo a todas las personas que residan de forma habitual en su domicilio.		
Complete la tabla según el tipo de dato solicitado		
1. Cónyuge o pareja	# <input type="text"/> Rango [0 a 1]	V6
2. Hijos menores de 16 años	# <input type="text"/> Rango [0 a 20]	V7
3. Hijos con 16 a más años	# <input type="text"/> Rango [0 a 20]	V8
4. Yerno, nuera	# <input type="text"/> Rango [0 a 10]	V9
5. Nietos	# <input type="text"/> Rango [0 a 10]	V10
6. Abuelos (paternos o maternos)	# <input type="text"/> Rango [0 a 10]	V11
V12.1 7. Otros (primos, amigos, sobrina, hermano, etc): Indicar:.....	# <input type="text"/> Rango [0 a 10]	V12

P7. ¿Cuántas veces ha acudido a la consulta de su médico de atención primaria en los últimos tres meses?		
Por favor escriba un número		
#	<input type="text"/>	V13



P8. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido?

Seleccione sólo una opción

- | | |
|-----------|-------------------------|
| | V14 |
| Muy bueno | <input type="radio"/> 1 |
| Bueno | <input type="radio"/> 2 |
| Regular | <input type="radio"/> 3 |
| Malo | <input type="radio"/> 4 |
| Muy malo | <input type="radio"/> 5 |

P9. Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.

Donde:

- 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.
- 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.

Por favor, valore de 0 a 100 lo buena o mala que es su salud HOY. Escriba el número.

#

|V15|

P10. Cuando tiene dolores o sensación de malestar ¿qué le duele?

Escriba texto libre

|V16|

P11. ¿Cada cuánto tiene dolores?

Seleccione sólo una opción

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| | V17 |
| No tengo dolores | <input type="radio"/> 0 |
| Muy esporádicos | <input type="radio"/> 1 |
| Una vez a la semana | <input type="radio"/> 2 |
| 2 o 3 veces a la semana | <input type="radio"/> 3 |
| 4 o más veces a la semana | <input type="radio"/> 4 |
| Diariamente | <input type="radio"/> 5 |
| Varias veces al día | <input type="radio"/> 6 |

P12. ¿Cómo suelen ser los dolores? (Gradúe la intensidad):

Seleccione sólo una opción

- | | |
|------------------|-------------------------|
| | V18 |
| No tengo dolores | <input type="radio"/> 0 |
| Muy poco | <input type="radio"/> 1 |
| Poco | <input type="radio"/> 2 |
| Normal | <input type="radio"/> 3 |
| Bastante fuertes | <input type="radio"/> 4 |
| Muy fuertes | <input type="radio"/> 5 |



P13 ¿Toma Medicación de forma habitual?			
Seleccione sólo una opción			
			V19
Sí	<input type="radio"/>	1	
No	<input type="radio"/>	0	
<hr/>			
P14 A continuación le presentamos una lista de tipos de medicamentos, por favor díganos ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido en las últimas dos semanas?			
Por favor responda a todos los medicamentos según su consumo.			
	No	Sí	NS/NC
	0	1	9
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Medicinas para el dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Medicinas para bajar la fiebre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Laxantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Antibióticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Medicamentos para la alergia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Medicamentos para la diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Medicinas para el reuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Medicinas para el corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Medicinas para la tensión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Medicinas para el estómago y/o las alteraciones digestivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Antidepresivos, estimulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Píldoras para no quedar embarazada (solo para mujeres)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Hormonas para la menopausia (solo para mujeres)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Medicamentos para adelgazar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Medicamentos para bajar el colesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Medicamentos para la diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Medicamentos para el tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V40 21. Otros medicamentos. Indicar cual:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





P.15. Únicamente de los medicamentos que ha consumido en las últimas dos semanas, ¿podría indicarnos en la siguiente tabla la frecuencia de su consumo?

De la siguiente tabla, responda únicamente a los medicamentos consumidos últimamente, dejando sin contestar los restantes.

	A diario	Tres o más veces a la semana	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca	No sabe / No contesta	
	1	2	3	4	5	7	
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V42]
2. Medicinas para el dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V43]
3. Medicinas para bajar la fiebre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V44]
4. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V45]
5. Laxantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V46]
6. Antibióticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V47]
7. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V48]
8. Medicamentos para la alergia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V49]
9. Medicamentos para la diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V50]
10. Medicinas para el reuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V51]
11. Medicinas para el corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V52]
12. Medicinas para la tensión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V53]
13. Medicinas para el estómago y/o las alteraciones digestivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V54]
14. Antidepresivos, estimulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V55]
15. Píldoras para no quedar embarazada (solo para mujeres)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V56]
16. Hormonas para la menopausia (solo para mujeres)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V57]
17. Medicamentos para adelgazar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V58]
18. Medicamentos para bajar el colesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V59]
19. Medicamentos para la diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V60]
20. Medicamentos para el tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V61]
[V62] 21. Otros medicamentos. Indicar cual:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V63]





P16 ¿Podría estimar cuánto dinero (en euros) gasta mensualmente en medicinas?

Por favor escriba un número

#

|V64|

P17 Si las medicinas le salen gratis, podría especificarnos el motivo :

Seleccione sólo una opción.

|V65|

No me salen gratis.	<input type="radio"/> 0
Sí, por percibir una PNC	<input type="radio"/> 1
Sí, por Desempleado sin prestación	<input type="radio"/> 2
Sí, por Subsidio de desempleo (426 euros o menos)	<input type="radio"/> 3
Sí, por Percibir la renta Mínima de inserción (RMI)	<input type="radio"/> 4
Sí, por afectados síndrome tóxico	<input type="radio"/> 5
Sí, por Discapacitados con pensión del INSS	<input type="radio"/> 6
[V66] Otros. Especificar:.....	<input type="radio"/> 7
No sabe/No contesta	<input type="radio"/> 9

P18 Responda las siguientes cuestiones en función de cómo se siente habitualmente

Por favor valore cada uno de estos enunciados según la escala.

	Siempre 1	A veces 2	Nunca 3	NS/NC 4	
1. ¿Tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V67
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V66
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V67
4. ¿Siente que no le hacen caso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V68
5. ¿Se siente triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V69
6. ¿Se siente usted solo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V70
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V71
8. ¿Se siente querido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V72
9. ¿Utiliza usted el teléfono móvil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V73
10. ¿Utiliza usted el ordenador?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V74
11. ¿Utiliza usted internet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V75
12. Durante la semana o los fines de semana ¿le llaman personas para salir a la calle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V76
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V77
14. ¿Va a alguna asociación, o lugar donde se relacione con personas de su edad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V78
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V79





P19 ¿Con que frecuencia consume los siguientes alimentos?

Por favor valore cada uno de estos enunciados según la escala.

	A diario	Tres o más veces a la semana	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca	No sabe / No contesta	
	1	2	3	4	5	6	
1. Fruta fresca (excluyendo zumos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V80
2. Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V81
3. Huevos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V82
4. Pescado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V83
5. Pasta, arroz, patatas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V84
6. Pan, cereales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V85
7. Verduras, ensaladas y hortalizas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V86
8. Legumbres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V87
9. Embutidos y fiambres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V88
10. Productos lácteos (leche, queso, yogur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V89
11. Dulces (galletas, bollería, mermeladas, cereales con azúcar, caramelos,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V90
12. Refrescos con azúcar (coca-cola, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V91
13. Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V92
14. Aperitivos o comidas saladas de picar (patatas fritas, ganchitos, galletas saladas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V93
15. Zumo natural de frutas o verduras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V94

P20 ¿Porque participas en la actividad deportiva?

Marca en la siguiente escala del 1 al 7 teniendo en cuenta:

- . 1 y 2: La afirmación no tiene nada que ver conmigo.
- . 3, 4 y 5: La afirmación tiene algo que ver conmigo.
- . 6 y 7: La afirmación se ajusta totalmente a mí.

	1	2	3	4	5	6	7	
1. Por la satisfacción (disfrute) que me produce realizar algo excitante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V48]
2. Por la satisfacción de aprender algo más sobre este deporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V49]
3. Antes solía tener buenas razones para practicar este deporte, pero me pregunto si debería continuar haciéndolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V50]
4. Me gusta descubrir nuevas habilidades y/o técnicas de entrenamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V51]
5. No lo sé: siento que no soy capaz de tener éxito en este deporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V52]
6. Porque me permite ser valorado por la gente que conozco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V53]
7. En mi opinión es una de las mejores formas de conocer gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V54]
8. Siento mucha satisfacción mientras aprendo ciertas habilidades difíciles y/o técnicas de entrenamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V55]
9. Es absolutamente necesario participar en este deporte si se quiere estar en forma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V56]
10. Por el prestigio de ser un deportista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V57]
11. Porque es una de las mejores formas para desarrollar otros aspectos de mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V58]
12. Por la satisfacción que siento mejorando algunos de mis puntos flacos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V59]
13. Por la emoción que siento cuando estoy totalmente inmerso en mi ejecución deportiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V60]
14. Debo participar para sentirme bien conmigo mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V61]
15. Por la satisfacción que experimento mientras estoy perfeccionando mis habilidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V62]
16. Porque las personas que me rodean creen que es importante estar en forma / ser un deportista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V63]
17. Es una buena forma de aprender cosas que pueden ser útiles en otras áreas de mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V64]
18. Por las intensas emociones que siento cuando lo estoy practicando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V65]
19. No lo tengo claro, en realidad no creo que este sea mi deporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V66]
20. Por la satisfacción que siento mientras ejecuto ciertos ejercicios difíciles en mi deporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V67]
21. Porque me sentiría mal conmigo mismo si no participase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V68]
22. Para mostrar a otros lo bueno que soy en mi deporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V69]
23. Por la satisfacción que siento mientras aprendo técnicas que no conocía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V70]
24. Esta es una de las mejores formas de mantener buenas relaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V71]
25. Me gusta el sentimiento de estar totalmente inmerso en mi deporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V72]
26. Siento que debo realizar con regularidad mi deporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V73]
27. Por la satisfacción de descubrir nuevas estrategias de juego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V74]
28. A menudo me lo pregunto, ya no estoy consiguiendo mis objetivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V75]
29. Me lo ha pautado el médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[V76]



A continuación le haremos algunas preguntas sobre el tiempo que pasa usted desempeñando distintos tipos de actividad física en una semana ordinaria.

Piense primero en el tiempo que pasa haciendo su trabajo, en las cosas que tiene que hacer, tanto si le pagan como si no (trabajo, estudio, quehaceres domésticos, cosecha, pesca, buscar empleo).

Tenga en cuenta que por:

`` **Actividades vigorosas** `` nos referimos a las que exigen un gran esfuerzo físico y aumentan mucho la frecuencia respiratoria y la cardíaca.

`` **Actividades moderadas** `` exigen un esfuerzo físico moderado y aumentan poco la frecuencia respiratoria o cardíaca.

P21	¿Su trabajo supone desplegar una actividad vigorosa, que aumenta mucho las frecuencias respiratoria y cardíaca [llevar o levantar objetos pesados, cavar o realizar tareas de construcción] durante al menos 10 minutos seguidos?				
Seleccione sólo una opción					
	Sí	V77 <input type="radio"/> 1			
	No (pasar a la pregunta P.24)	<input type="radio"/> 0			
	No sabe / No contesta	<input type="radio"/> 9			
P22	En una semana ordinaria, ¿cuántos días despliega usted actividades vigorosas como parte de su trabajo?				
Por favor escriba un número del 1 al 7.					
	# <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	V78			
P23	En un día corriente, ¿cuánto tiempo pasa usted desplegando actividades vigorosas?				
Por favor marque el tiempo en horas y minutos.					
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Hora</td> <td style="padding: 2px;">Min.</td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Hora	Min.		V79
Hora	Min.				



P24	¿En su trabajo tiene usted que realizar actividades moderadas, que causan un pequeño aumento de las frecuencias respiratoria y cardiaca, [como caminar a paso vivo o llevar cargas ligeras] durante al menos 10 minutos seguidos?	
	Seleccione sólo una opción	
	Sí	<input type="radio"/> 1
	No (pasar a la pregunta P.27)	<input type="radio"/> 0
	No sabe / No contesta	<input type="radio"/> 9
		V80
P25	En una semana corriente, ¿cuántos días despliega usted actividades de intensidad moderada como parte de su trabajo?	
	Por favor escriba un número del 1 al 7.	
	# <input type="text"/>	V81
P26	En un día corriente, ¿cuánto tiempo pasa usted desplegando actividades de intensidad moderada?	
	Por favor marque el tiempo en horas y minutos.	
	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	V82
P27	Las siguientes preguntas se refieren a DESPLAZAMIENTOS: ¿Camina o monta en bicicleta durante por lo menos 10 minutos seguidos para ir y volver a los distintos lugares?	
	Seleccione sólo una opción	
	Sí	<input type="radio"/> 1
	No (pasar a la pregunta P.30)	<input type="radio"/> 0
	No sabe/ No contesta	<input type="radio"/> 9
		V83
P28	En una semana corriente, ¿cuántos días camina o monta en bicicleta durante por lo menos 10 minutos seguidos para ir y volver a los distintos lugares?	
	Por favor escriba un número del 1 al 7.	
	# <input type="text"/>	V84
P29	En un día corriente, ¿cuánto tiempo pasa usted caminando o en bicicleta para desplazarse?	
	Por favor marque el tiempo en horas y minutos.	
	Hora <input type="text"/> Min. <input type="text"/>	V85



Las siguientes preguntas ya no se refieren a la actividad física relacionada con el trabajo ni con los traslados como las anteriores.
Las preguntas que vienen son sobre DEPORTES, y ACTIVIDADES RECREATIVAS.

P30 ¿Practica usted algún deporte, ejercicio físico o actividad recreativa vigorosa que aumente mucho las frecuencias respiratoria y cardiaca durante al menos 10 minutos seguidos?

Seleccione sólo una opción

[V86]

- Sí 1
- No (pasar a la pregunta P.33) 0
- No sabe / No contesta 9

P31 En una semana corriente, ¿cuántos días despliega usted actividades vigorosas practicando un deporte, haciendo ejercicio físico o divirtiéndose?

Por favor escriba un número del 1 al 7.

#

[V87]

P32 En un día corriente, ¿cuánto tiempo pasa usted desplegando actividades vigorosas en deportes, ejercicio físico o recreación?

Por favor marque el tiempo en horas y minutos.

Hora Min.

[V88]

P33. ¿Practica usted algún deporte, ejercicio físico o actividad recreativa con una intensidad que acelere un poco la frecuencia respiratoria y cardiaca, [como caminar a paso vivo, montar en bicicleta, nadar] durante por lo menos 10 minutos seguidos?

Seleccione sólo una opción

[V89]

- Sí 1
- No (pasar a la pregunta P.36) 0
- No sabe / No contesta 9

P34. En una semana corriente, ¿cuántos días despliega usted actividades de intensidad moderada practicando un deporte, haciendo ejercicio físico o divirtiéndose?

Por favor escriba un número del 1 al 7.

#

[V90]





P35. En un día corriente, ¿cuánto tiempo pasa usted desplegando actividades de intensidad mediana practicando deportes, ejercicio físico o divirtiéndose?

Por favor marque el tiempo en horas y minutos.

Hora	Min.	
------	------	--

[V91]

P36. La pregunta siguiente se refiere al tiempo que pasa usted sentado o reclinado en el trabajo, en casa, trasladándose entre distintos lugares o con amigos, incluido el tiempo que pasa sentado ante un escritorio, reunido con amigos, viajando en coche, autobús o tren, leyendo, jugando a las cartas o mirando televisión; no se incluye el tiempo que pasa durmiendo. En un día característico, ¿cuánto tiempo pasa usted sentado o reclinado?

Por favor marque el tiempo en horas y minutos.

Hora	Min.	
------	------	--

[V92]

Observaciones

Añada a continuación cualquier comentario o sugerencia que pueda mejorar este estudio.

Muchas gracias por su colaboración.

Apéndice C

Cuestionario perceptores RMI

HOJA INFORMATIVA

La presente hoja le anima a participar en el estudio: La Comunidad...se pone en forma.

Para la elaboración del mismo están colaborando de manera conjunta las siguientes instituciones: *Los servicios deportivos y servicios sociales del Distrito Puente Vallecas, Madrid Salud, Renta Mínima de Inserción, Equipo de Atención Primaria y Universidad Complutense de Madrid.*

Es importante que comprenda en su totalidad la información que le facilita este documento antes de firmar el formulario de Consentimiento Informado. Para resolverle cualquier duda, tiene a su disposición a la persona que le ha entregado esta información.

Su participación es completamente voluntaria y depende de su elección. En este estudio se espera que participen 200 personas como usted.

¿Cuál es el objetivo de este estudio?

Tiene por objetivo principal comprender la magnitud del efecto que produce el programa Vallecas Activa en sus participantes.

¿En qué consiste la participación?

Para participar usted tiene que estar de acuerdo en rellenar un cuestionario suministrado, y haber firmado el Consentimiento Informado. Rellenar el cuestionario le llevará unos veinte minutos.

En el cuestionario se le preguntará algunos datos sobre su estado de salud, su alimentación y sus hábitos deportivos.

Si, iniciado el cuestionario, decide retirarse del estudio, puede hacerlo cuando quiera sin tener que dar ningún tipo de explicación. Su participación es voluntaria y no va a recibir nada a cambio. Si debe conocer que su contribución es valiosa para aumentar el conocimiento científico.

Confidencialidad de los datos

Toda la información que nos proporcione se tratará según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, utilizando códigos para asegurar la confidencialidad. Sólo los miembros del equipo investigador encargados de contactar con usted conocerán sus datos personales. El resto de los miembros del equipo trabajarán con códigos, ignorando a qué persona le corresponde cada código.

Todas las instituciones arriba mencionadas le garantizan que la información que nos suministre es estrictamente confidencial y nunca podrá ser utilizada en su contra. También le garantizan que toda la información recogida será destruida en su totalidad una vez finalizado el estudio. Por todo ello le rogamos responda con la mayor sinceridad posible a las cuestiones planteadas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Comunidad...se pone en forma.

D./D^a..... (Nombre y apellidos) con
NIF/NIE:.....(incluidas las letras).

He leído la hoja de información que se me ha entregado, he realizado las preguntas sobre el estudio que he estimado necesarias, habiendo recibido suficiente información sobre el mismo por medio del encuestador:.....

- Entiendo que mi participación es voluntaria.
- Entiendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin dar explicaciones.
- Se me garantiza que TODOS los datos que aporte al estudio son completamente confidenciales, y EN NINGÚN CASO influirán en decisiones que me puedan perjudicar.
- Con este acto presto libremente mi conformidad para participar en el estudio en la fecha abajo indicada.

Madrid, a ____ de _____ de 201__

Firma de la persona encuestada

Si una vez finalizado el estudio desea que le informemos sobre las conclusiones del mismo, facilítenos a continuación su correo de electrónico para que se lo podamos hacer llegar:.....





Estudio: RMI Versión: 2.0 10-may-2016

Número de DNI
➔

Cuestionario perceptores RMI

A continuación le presentamos unas preguntas sencillas. Por favor conteste sinceramente a todas ellas

P1. Sexo

Seleccione sólo una opción

- Mujer 0
- Hombre 1

P2. Año de nacimiento

Escriba texto libre

P3. Nacionalidad

Seleccione sólo una opción

- Española 1
- Marroquí 2
- Rumana 3
- Ecuatoriana 4
- Peruana 5
- Otra..... 6

P4. País de nacimiento

Seleccione sólo una opción

- España 1
- Otro..... 2

P5. Municipio de nacimiento

Escriba texto libre





P6. ¿Etnia gitana?

Seleccione sólo una opción

- Sí 1
- No 2

P7. Estado civil actual

Seleccione sólo una opción

- Soltero 1
- Casado 2
- Separado 3
- Divorciado 4
- Viudo 5
- Rito gitano 6
- No sabe/No contesta 7
- Otra..... 8

P8. ¿Cuál es el máximo nivel de formación que tienes?

Seleccione sólo una opción

- Sin estudios 1
- Estudios primarios (EGB, ESO, Garantía social,...) 2
- Estudios medios (Bachillerato, COU, FP-2, Ciclos formativos,...) 3
- Estudios superiores (Universitarios) 4
- No sabe / No contesta 5

P9. ¿De cuantos miembros (incluido usted) se compone su familia en la actualidad?

Escriba texto libre





P10 Por favor enumera los miembros que componen tu actual unidad familiar:

A continuación se muestra una tabla con items en las columnas y en las filas, complete la tabla con números según la escala mostrada.

	Nº
Pareja o cónyuge	[]
Nº hijos < 16 años	[]
Nº hijos con 16 a más años	[]
Nº de nietos	[]
Nº de yerno o nuera	[]
Nº abuelos (paternos o maternos)	[]
Otros.....	[]

P11 Si has tenido hijos, ¿A qué edad tuvo su primer hijo?

Por favor escriba un número

P12 ¿Cuántos hijos ha tenido en total?

Por favor escriba un número

P13 Tipo de vivienda donde habita/n

Seleccione sólo una opción

- Albergue (municipal,...) 1 P16
- Vivienda privada en alquiler 2 P16
- Vivienda en propiedad 3 P16
- Vivienda pública 4 P14
- En casa de amigos o familiares 5 P15
- Otro..... 6

P14 A qué organismo pertenece la vivienda pública?

Seleccione sólo una opción

- EMV (Empresa Municipal de la Vivienda) 1
- IRIS/Consortio 2
- IVIMA 3
- Desconocido 4
- Otro..... 5





P15 ¿Qué parentesco tiene el titular de la vivienda con usted?

Seleccione sólo una opción

- Abuelos 1
- Hijos 2
- Padres/suegros 3
- Amigos 4
- Otro..... 5

Situación económica familiar

P16. ¿Ha percibido ingresos alguna vez por trabajar?

Seleccione sólo una opción

- Sí 1
- No 2

P17. ¿Cómo fue su primer trabajo?

Seleccione sólo una opción

- Sin contrato 1
- Con alta en la seguridad social 2
- No he trabajado nunca 3
- No sabe / No contesta 4

P18. ¿A qué edad comenzó a trabajar?

Por favor escriba un número

#

P19. ¿Cuál ha sido el sector donde principalmente ha trabajado?

Seleccione sólo una opción

- Construcción 1
- Dependiente / Reponedor 2
- Empleada de hogar 3
- Cuidado de niños y/o mayores 4
- Agricultura y/o ganadería 5
- Oficios (electricidad, fontanería, ...) 6
- Transporte 7
- Administración pública 8
- Oficinas..... 9





P20. ¿Cuál era la ocupación, profesión u oficio que desempeñó en su último empleo?

Escriba texto libre

P21. Si está desempleado ¿Cuánto tiempo lleva en esa situación?

Seleccione sólo una opción

- No he trabajado nunca 1
- Menos de 6 meses 2
- De 6 meses a menos de 1 año 3
- De un año a menos de 2 años 4
- 2 o 3 años 5
- 4 o 5 años 6
- 6 o 7 años 7
- Más de 7 años 8

P22. ¿De dónde proceden los ingresos actuales de su hogar? y ¿Qué tiempo lleva cobrándolos?

Por favor valore cada uno de estos enunciados según la escala

	<6 meses	6 m. a 1 año	<2 años	<3 años	<4 años	<5 años	>5 años	Desconocido
Trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desempleo, fomento del empleo o formación profesional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensión de jubilación o vejez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viudedad, orfandad, supervivencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prestaciones familiares (por hijo, maternidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Invalidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayudas escolares o becas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia social (RMI)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desconocido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P23. Podría decirnos ¿a cuánto ascienden los ingresos mensuales de su unidad familiar?

Por favor escriba un número

#





Gastos mensuales

P24. Podría por favor indicarnos lo que gasta SEMANALMENTE en los siguientes conceptos:

Por favor valore cada uno de estos enunciados según la escala.

	Gast o (€)
Alimentos y bebidas no alcohólicas	
Bebidas alcohólicas, tabaco y narcóticos	
Artículos de vestir y calzado	
Vivienda (hipoteca, alquiler)	
Suministros (agua, gas y electricidad)	
Mobiliario, equipamiento del hogar y gastos corrientes de la vivienda	
Salud	
Transporte (gasolina, seguro, metro,....)	
Comunicaciones (teléfono, internet,....)	
Ocio, espectáculos y cultura	
Enseñanza	
Hoteles, cafés y restaurantes	
Otros bienes y servicios	

P25. En este momento, ¿Tiene alguna deuda pendiente con alguien?

Por favor valore cada uno de estos enunciados según la escala

	< 500 €	De 500 a 1000 €	De 1000 a 3000 €	> de 3000 €	NS / NC
Amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administración pública	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entidades financieras (bancos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Ayudas percibidas

P26. Si perciba ayuda de Ropa de alguna institución, ¿podría decirnos cada cuanto tiempo la recibe?

Por favor valore cada uno de estos enunciados según la escala

	<1 vez/año	1 vez/año	2 veces/año	4 veces/año	6 veces/año	> 6 veces/año	Todos meses
Cáritas / Parroquia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cruz Roja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACCEM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Red Madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios Sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P27. Si perciba ayuda de Alimentos de alguna institución, ¿podría decirnos cada cuanto tiempo la percibe?

Por favor valore cada uno de estos enunciados según la escala

	<1 vez/año	1 vez/año	2 veces/año	4 veces/año	6 veces/año	> 6 veces/año	Todos meses	Comedor social (>1 vez/semana)
Cáritas / Parroquia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cruz Roja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACCEM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Red Madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios Sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



P28. Si perciba ayuda para Pago de suministros de alguna institución, ¿podría decirnos cada cuanto tiempo la percibe?

Por favor valore cada uno de estos enunciados según la escala

	<1 vez/año	1 vez/año	2 veces/año	4 veces/año	6 veces/año	> 6 veces/año	Todos meses
Cáritas / Parroquia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cruz Roja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACCEM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Red Madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios Sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P29. Si perciba ayuda para Pañales de alguna institución, ¿podría decirnos cada cuanto tiempo la percibe?

Por favor valore cada uno de estos enunciados según la escala

	<1 vez/año	1 vez/año	2 veces/año	4 veces/año	6 veces/año	> 6 veces/año	Todos meses
Cáritas / Parroquia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cruz Roja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACCEM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Red Madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios Sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P30. Si perciba ayuda para Libros de texto de alguna institución, ¿podría decirnos cada cuanto tiempo la percibe?

A continuación se muestra una tabla con ciertos items en las filas y una escala en las columnas. Por favor valore cada uno de estos enunciados según la escala

	<1 vez/año	1 vez/año	2 veces/año	4 veces/año	6 veces/año	> 6 veces/año	Todos meses
Cáritas / Parroquia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cruz Roja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACCEM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Red Madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicios Sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





P31. Otras ayudas.

Escriba texto, sea tan amplio como desee



P32. ¿Podría decirnos la cantidad que tiene/n en casa de los siguientes utensilios?

Complete la tabla según el tipo de dato solicitado

1. Teléfono fijo	
2. Teléfono móvil	
3. Televisor pantalla plana	
4. Ordenador personal	
5. Ordenador portátil	
6. Impresora	
7. Tablet	
8. Videoconsolas (wii, nintendo, PSP, Playstation,...)	
9. Coche/automovil	
10. Sofa	
11. Bicicleta	
12. Balón de futbol	
13. Patines, monopatín, ...	
14. Lavavajillas	
15. Lavadora	
16. Secadora	



P33. Un hogar puede tener diferentes fuentes de ingresos y más de un miembro del hogar puede contribuir con sus ingresos. En relación con el total de ingresos de su hogar, ¿cómo suelen llegar a fin de mes?

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| Con mucha dificultad | <input type="radio"/> | 1 |
| Con dificultad | <input type="radio"/> | 2 |
| Con cierta dificultad | <input type="radio"/> | 3 |
| Con cierta facilidad | <input type="radio"/> | 4 |
| Con facilidad | <input type="radio"/> | 5 |
| Con mucha facilidad | <input type="radio"/> | 6 |
| No sabe / No contesta | <input type="radio"/> | 7 |

P34. En su opinión, ¿Cuales son los ingresos mensuales netos que como mínimo se necesitarían para que un hogar como el suyo llegue a fin de mes?

Por favor escriba un número

#

Estilo de vida

Tabaco

P35. ¿Ha fumado alguna vez?

Seleccione sólo una opción

- | | | | |
|----|-----------------------|---|-----|
| Sí | <input type="radio"/> | 1 | |
| No | <input type="radio"/> | 2 | P42 |

P36. ¿A que edad comenzó a fumar?

Por favor escriba un número

#

[V43]

P37. ¿Fumas habitualmente?

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|----|-----------------------|---|
| Sí | <input type="radio"/> | 1 |
| No | <input type="radio"/> | 2 |





P38. ¿Cuántos cigarrillos consumes diariamente?

Por favor escriba un número

P39. ¿Diría que fuma más, menos o igual que hace dos años?

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| Más | <input type="radio"/> | 1 |
| Igual | <input type="radio"/> | 2 |
| Menos | <input type="radio"/> | 3 |
| No sabe / No contesta | <input type="radio"/> | 4 |

P40. En el momento actual ¿está pensando en dejar de fumar?

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------|---|
| Sí, en el plazo de 1 mes | <input type="radio"/> | 1 |
| Sí, en los próximos 6 meses | <input type="radio"/> | 2 |
| No | <input type="radio"/> | 3 |
| No sabe / No contesta | <input type="radio"/> | 4 |

P41. Durante los últimos doce meses, ¿Cuántos intentos serios de dejar de fumar ha realizado en los que consiguiera estar al menos 24 horas sin fumar?

Por favor escriba un número

Alcohol

P42. Ha tomado usted en estas últimas dos semanas alguna bebida alcohólica? (cerveza, vino, licores, etc)

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|----|-----------------------|---|
| Sí | <input type="radio"/> | 1 |
| No | <input type="radio"/> | 2 |



P43. Durante los últimos doce meses, ¿Con que frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas de cualquier tipo? (cerveza, vinos, licores, etc)

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------|---|
| Todos los días | <input type="radio"/> | 1 |
| De 3 a 6 veces a la semana | <input type="radio"/> | 2 |
| 1 o 2 veces a la semana | <input type="radio"/> | 3 |
| 2 o 3 veces al mes | <input type="radio"/> | 4 |
| Una vez al mes o menos | <input type="radio"/> | 5 |
| Cada 3 meses | <input type="radio"/> | 6 |
| No tomo bebidas alcohólicas | <input type="radio"/> | 7 |
| No sabe / No contesta | <input type="radio"/> | 8 |

Televisión

P44. ¿Tiene televisión en casa?

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|----|-----------------------|---|
| Sí | <input type="radio"/> | 1 |
| No | <input type="radio"/> | 2 |

P49

P45. ¿Cuántas TV tenéis?

Por favor escriba un número

P46. ¿Tiene TV en su habitación?

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|----|-----------------------|---|
| Sí | <input type="radio"/> | 1 |
| No | <input type="radio"/> | 2 |

P47. ¿Cuántas horas diarias pasas viendo la TV de lunes a viernes?

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| No la veo | <input type="radio"/> | 1 |
| 1 hora | <input type="radio"/> | 2 |
| 2 o 3 h | <input type="radio"/> | 3 |
| 4 o 5 h | <input type="radio"/> | 4 |
| 6 o más horas | <input type="radio"/> | 5 |
| No sabe / No contesta | <input type="radio"/> | 6 |





P48. ¿Cuántas horas diarias pasas viendo la TV los fines de semana?

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| No la veo | <input type="radio"/> | 1 |
| 1 hora | <input type="radio"/> | 2 |
| 2 o 3 h | <input type="radio"/> | 3 |
| 4 o 5 h | <input type="radio"/> | 4 |
| Más de 6 h | <input type="radio"/> | 5 |
| Más de 8 h | <input type="radio"/> | 6 |
| No sabe / No contesta | <input type="radio"/> | 7 |

Ordenador

P49. ¿Tiene ordenador en casa?

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|----|-----------------------|---|
| Sí | <input type="radio"/> | 1 |
| No | <input type="radio"/> | 2 |

P50. ¿Cuántos ordenadores tiene?

Por favor escriba un número

#

P51. ¿Cuántas horas diarias pasa utilizando internet?

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------|---|
| No tengo internet | <input type="radio"/> | 1 |
| Lo tengo pero no lo utilizo | <input type="radio"/> | 2 |
| Media hora o menos | <input type="radio"/> | 3 |
| 1 hora | <input type="radio"/> | 4 |
| 2 o 3 horas | <input type="radio"/> | 5 |
| 4 o 5 horas | <input type="radio"/> | 6 |
| Más de 6 horas | <input type="radio"/> | 7 |
| Más de 8 horas | <input type="radio"/> | 8 |



Transportes

P52. ¿Podría indicarnos en los siguientes transportes la frecuencia con que los utiliza para desplazarse?

Por favor valore cada uno de estos enunciados según la escala

	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Pocas veces	<input type="radio"/> Algunas veces	<input type="radio"/> Frecuentemente	<input type="radio"/> A diario	<input type="radio"/> NS / NC
Coche / furgoneta particular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autobús	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bicicleta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taxi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P53. Va a visitar a un amigo enfermo al hospital. Esta ingresado en la tercera planta. El hospital dispone de escaleras y de ascensor.

Por favor valore cada uno de estos enunciados según la escala

	<input type="radio"/> Escaleras	<input type="radio"/> Ascensor
¿Cómo sube?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cómo baja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P54. Podría indicarme, aproximadamente, ¿Cuántas horas duerme habitualmente cada día?

Por favor escriba un número

#

[V35]



Ocio

P55 En una escala del 1 al 10, marque si está de acuerdo con la siguiente afirmación: ``Cuidar la salud personal es siempre beneficioso``.

Por favor escriba un número

#

P56 ¿Que beneficios piensa que produce cuidar la salud personal?

Escriba texto, sea tan amplio como desee

✍

P57 ¿Practica de manera regular algún deporte?

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|--|-----------------------|--------------|
| No hago nada de ejercicio | <input type="radio"/> | <i>✍</i> P58 |
| Hago actividad física ocasionalmente | <input type="radio"/> | <i>✍</i> P61 |
| Hago actividad física varias veces al mes | <input type="radio"/> | <i>✍</i> P61 |
| Hago un entrenamiento deportivo varias veces a la semana | <input type="radio"/> | <i>✍</i> P61 |
| No sabe / No contesta | <input type="radio"/> | <i>✍</i> P63 |

P58 Si no practicas deporte ¿por qué no lo haces?

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|---|-----------------------|----|
| Por pereza y/o desgana | <input type="radio"/> | 1 |
| Por la edad | <input type="radio"/> | 2 |
| Por la salud | <input type="radio"/> | 3 |
| Por cansancio del trabajo o estudios | <input type="radio"/> | 4 |
| Por falta de tiempo | <input type="radio"/> | 5 |
| Incompatibilidades horarias con las instalaciones | <input type="radio"/> | 6 |
| No le gusta | <input type="radio"/> | 7 |
| No le enseñaron en la escuela | <input type="radio"/> | 8 |
| No hay instalaciones deportivas cerca | <input type="radio"/> | 9 |
| No hay instalaciones deportivas adecuadas | <input type="radio"/> | 10 |
| Por falta de dinero | <input type="radio"/> | 11 |
| Otros motivos..... | <input type="radio"/> | 12 |





P59 ¿Tendría disposición para practicar algún deporte?

Seleccione sólo una opción

- Si con seguridad lo haré 1
- probablemente sí 2
- Ahora no lo sabe 3
- Probablemente no 4
- Seguro que no 5

P60 ¿Practica deporte alguno de sus hijo/s a través del programa Vallecás Activa?

Seleccione sólo una opción

- Sí 1
- No 2

P61 ¿Por qué practica/s deporte?

Rellenar también en el caso del que el que practique el deporte sea el hijo a través de Vallecás Activa

- Por diversión y por pasar el tiempo 1
- Por encontrarse con amigos 2
- Por hacer ejercicio físico 3
- Por mantener la línea 4
- Por evasión (escapar de lo habitual) 5
- Por mantener y/o mejorar la salud 6
- Por que le gusta competir 7
- No sabe / No contesta 8

P62 Es deporte que practica es:

Seleccione sólo una opción

- A través del Programa Vallecás Activa 1
- Lo realiza de forma independiente 2
- Practica deporte a través de Vallecás Activa y de forma independiente 3

Vallecás Activa

P63 ¿Podría decirnos que deporte/s realiza a través de Vallecás Activa?

Escriba texto, sea tan amplio como desee





P64 Referente al deporte de Vallecas Activa ¿Desde cuándo lo realiza?

Seleccione sólo una opción

- Recién incorporado 1
- 1 mes 2
- 2 o 3 meses 3
- De 4 a 6 meses 4
- De 7 a 11 meses 5
- 1 año o más 6
- No sabe / No contesta 7
- Otro 8

P65 Por favor valore del 1 al 5 las siguientes cuestiones:

Escala: 1 la respuesta más negativa y 5 la más positiva.

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Participar en VA ¿le ayuda a relajarse y a olvidar con facilidad sus problemas cotidianos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Participar en la actividad ¿logra mejorar su estado de ánimo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Encuentra una fuente de satisfacción con venir al polideportivo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Encontraría en su clase a alguien que le escuche cuando este decaído? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Podría encontrar en su clase a personas que le ayudaran a resolver sus problemas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

P66 ¿A cuántas personas de la clase acudiría si tuviese un problema?

Por favor escriba un número

#

P67 ¿A cuántas personas de su clase conocía antes de comenzar a hacer deporte?

Por favor escriba un número

#

P68 ¿Realiza algún deporte que no sea a través de Vallecas Activa?

Pregunta exclusivamente para adultos. Si es el hijo el que practica deporte contestar aquí que "No realizo deporte de forma independiente".

- Sí 1
- No realizo deporte de forma independiente 2





P69. ¿Podría decirnos que deporte practica?

Escriba texto libre

[Handwritten mark]

P70. ¿Con que frecuencia lo practica?

Seleccione sólo una opción

- | | | |
|---------------------------|-----------------------|---|
| Diariamente | <input type="radio"/> | 1 |
| 1 o 2 veces a la semana | <input type="radio"/> | 2 |
| 3 o más veces a la semana | <input type="radio"/> | 3 |
| Cada quince días | <input type="radio"/> | 4 |
| 1 vez al mes | <input type="radio"/> | 5 |
| Otro | <input type="radio"/> | 6 |

Tiempo libre

P71. Marca según tus preferencias un MÁXIMO de CUATRO actividades que más te gusta hacer cuando tienes tiempo libre.

Ordénalas del 1 al 4 siendo la número 1 la actividad más importante para ti.

- | | | |
|--|-----------------------|----|
| Andar, pasear | <input type="radio"/> | 1 |
| Escuchar música | <input type="radio"/> | 2 |
| Leer un libro o revistas | <input type="radio"/> | 3 |
| Utiliza internet (navegar, chatear) | <input type="radio"/> | 4 |
| Realizar tu deporte favorito | <input type="radio"/> | 5 |
| Ver un espectáculo deportivo | <input type="radio"/> | 6 |
| Salir al campo (excursión) | <input type="radio"/> | 7 |
| Ir a bailar | <input type="radio"/> | 8 |
| Ir al teatro | <input type="radio"/> | 9 |
| Ir al cine | <input type="radio"/> | 10 |
| Ir a la bolera | <input type="radio"/> | 11 |
| Ir al casino | <input type="radio"/> | 12 |
| Ir a comer o a cenar a un restaurante | <input type="radio"/> | 13 |
| Asistir a actos culturales o conciertos | <input type="radio"/> | 14 |
| Merendar o cenar en casa con familiares o amigos | <input type="radio"/> | 15 |
| Tumbarme la siesta | <input type="radio"/> | 16 |
| Partida de cartas | <input type="radio"/> | 17 |
| Charlar con amigos | <input type="radio"/> | 18 |
| Estar con los hijos | <input type="radio"/> | 19 |



P72. Si las actividades que te gustaría realizar en tu tiempo libre no se encuentran en el listado anterior, añádelas a continuación.

Pon entre paréntesis el orden de importancia que tienen para tí. Ej: Montar a caballo (2), Ajedrez (4).

[V20]

Red personal

P73. Ante un problema grave que se te presenta, ¿Que confianza le sugieren los siguientes grupos para que le ayuden a resolverlo?

Valora del 1 al 5, siendo 1 a quién nunca acudirías y 5 de la máxima confianza.

	1	2	3	4	5	NS / NC
Familia inmediata (pareja e hijos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familiares de nacimiento (padres, hermanos, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Familia de la pareja (padres, hermanos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compañeros de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personas de otras empresas con las que trabajas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gente que conoces por aficiones comunes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personas de organizaciones religiosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relaciones escolares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vecinos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sólo amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Apoyo social y comunitario

P74. Lea cuidadosamente cada una de las siguientes frases y conteste según su criterio.

Tenga en cuenta que el 1 es que esta muy en desacuerdo, y 5 que está muy de acuerdo.

	1	2	3	4	5	NS / NC
Me siento identificado con mi comunidad/barrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis opiniones son bien recibidas en mi barrio o comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muy pocas personas de mi comunidad saben quién soy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento el barrio como algo mío	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colaboro con las organizaciones y asociaciones de la comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participo en las actividades sociales de mi barrio o comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participo en algún grupo social o cívico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acudo a las llamadas de apoyo que se hacen dentro de mi comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No participo en las actividades socio-recreativas de mi comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P75. Las asociaciones deportivas, culturales, la parroquia, ong's, los grupos políticos, son organizaciones en las que se desarrolla una parte importante de la vida de las personas. En estas organizaciones:

Tenga en cuenta que el 1 es que esta muy en desacuerdo, y 5 que está muy de acuerdo.

	1	2	3	4	5	NS/NC
Podría encontrar personas que me ayudaran a resolver mis problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encontrar a alguien que me escuche cuando estoy decaído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encontrar una fuente de satisfacción para mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lograría animarme y mejorar mi estado de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me relajaría y olvidaría con facilidad mis problemas cotidianos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



P76. Para terminar, podría decirnos la disponibilidad que tiene de amigos y/o familiares ante situaciones experimentadas por usted.

Tenga en cuenta que 1 hace referencia a ``Mucho menos de lo que deseo`` y 5 es ``Tanto como deseo``

	1	2	3	4	5	NS/NC
Recibo visitas de mis amigos y familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibo amor y afecto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas de trabajo o en casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Solicitud de colaboración

P77. ¿Estaría usted dispuesto a que dentro de unos meses le volvamos a citar para volverle a encuestar?

En caso afirmativo por favor facilítenos su nombre y un teléfono de contacto.

- Si 1
- No 2

P78. Nombre:

Escriba texto libre

✂

P79. Teléfono de contacto:

Escriba texto libre

✂

Observaciones

Añada a continuación cualquier comentario o sugerencia que pueda mejorar este estudio.



Apéndice D

Guiones de entrevistas

D.1. Usuario del programa (Salud/RMI)

DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES

Fecha de realización:

Nombre y Apellidos:

Edad:

Formación académica:

¿Ocupación o trabajo habitual? (buscar empleo, formarse, etc) y tiempo en esta situación:

Usuario del programa: Salud/RMI

PROGRAMA

¿Cómo conociste el programa Vallecas Activa?

¿Quién te lo ofreció? ¿Por qué?

¿En qué actividad participas? ¿Desde cuándo?

Podrías contarnos como fue el procedimiento para apuntarte?

¿Cuánto pagas mensualmente por la actividad? ¿Qué le parece el precio?

D.1. USUARIO DEL PROGRAMA (SALUD/RMI)

¿A qué se debió que te apuntases?

Desde que participas en el programa notas alguna mejoría? ¿En qué?

1. Veces que acude al médico
2. Sensación de malestar, dolores
3. Tomas de Medicación
4. Sentimiento de soledad
5. Satisfacción personal
6. Ganas con las que viene a clase

¿Has modificado alguna rutina diaria desde que haces deporte (ej: veo menos la TV, has cambiado la dieta, subo por las escaleras, salgo a pasear todos los días, etc)?

SALUD

Cómo surgió la Iniciativa de recoger firmas para manteneros en la actividad más de las 66 sesiones?

¿Cómo os organizasteis?

¿Qué os contestaron?

RMI

¿Cómo son las clases de...? ¿Qué es lo que más te gusta de la clase? ¿Qué es lo que más te cuesta? ¿Qué cosas mejorarías?

¿Has conocido en la clase alguna persona que mantengas relación con ella fuera del polideportivo?

¿Has participado en el flashmoob que se hizo desde SSSS? ¿Cómo se organizó? ¿Qué te ha parecido la experiencia? ¿Para qué ha servido? ¿Estarías dispuesto a repetirlo?

COMUNIDAD

¿Qué te dice tu familia cercana (padres, hermanos, etc), los amigos y los vecinos sobre que hagas deporte en el polideportivo?

¿Has tratado de animar a algún conocido o amigo a que se inscriba a alguna actividad deportiva? ¿Qué te han dicho?

En tu opinión, ¿cómo valoras este tipo de iniciativas de aunar deporte, con problemas de salud o sociales con respecto al concepto clásico de hacer deporte?

¿Que consideras que ha sido lo mas importante para que Vallecás Activa este funcionando?

Piensas que sería bueno implantar este programa en otros distritos? ¿Por qué?

¿Desea agregar alguna otra cuestión?

Muchas gracias por su colaboración.

D.2. Entrenador deportivo

DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES

Fecha de realización de la entrevista:

Nombre y Apellidos:

Antigüedad en la institución:

Formación académica:

Clases que impartes en el polideportivo:¿Normalizadas o Grupos de salud de Vallecás Activa?

Tiempo que llevas impartiendo las clases de Vallecás Activa:

PERFILES

Podrías describirnos el perfil de personas que participa en Vallecás activa?

¿Qué similitudes encuentras con los grupos normalizados?

¿Qué diferencias encuentras entre los participantes de VA con el resto del grupo del polideportivo?

¿Existe algún rechazo de la población normalizada con respecto a las personas que participan a través de Vallecás Activa?

VALLECAS ACTIVA

¿Cómo se encuentran estructuradas las clases de Vallecás Activa?

¿Cuáles son los principales problemas que tiene en su trabajo como docente? ¿Cómo los resuelve?

D.2. ENTRENADOR DEPORTIVO

¿En tus clases recibes algún tipo de asesoramiento pedagógico, sanitario, socioeducativo, . . . ?
¿Deberías recibirlo? ¿En qué situaciones y por parte de quién?

PARA ENTRENADORES DE GRUPOS DE SALUD

¿Percibes cambios en el estilo de vida de los participantes de VA respecto a su alimentación?
¿Y respecto a los hábitos sedentarios?

¿Existen participantes que tengan problemas para relacionarse o problemas de soledad?

¿Cuál consideras que es el grado de Satisfacción personal de los participantes?

¿Qué está aportando el programa Vallecas Activa a sus participantes?

¿En su opinión, debería finalizar el programa a las 66 sesiones? ¿Qué produjo que no se esté aplicando? ¿Cómo se organizaron?

¿Qué se podría hacer para mejorar el programa Vallecas Activa?

PARA ENTRENADOR NORMALIZADO CON ALUMNOS DE RMI EN SUS CLASES

¿Refiriéndonos a la asistencia a clase y puntualidad notas alguna diferencia entre los alumnos de RMI y el resto de alumnos? ¿y en la ropa que utilizan? ¿y respecto a las normas de comportamiento y conducta?

¿Ves alguna diferencia en el nivel cultural de ambas poblaciones? ¿Y en el nivel adquisitivo?

¿Que busca la población de RMI cuando se apuntan a hacer deporte? ¿Y el resto de los participantes?

¿Qué se podría hacer para mejorar el programa VA?

COMUNIDAD

¿Cómo es en clase la relación entre los participantes? ¿Es frecuente que tengan relación fuera del polideportivo?

¿Está teniendo el programa alguna repercusión en las familias, en amigos o en vecinos? ¿Y en el barrio?

¿Realizáis algún tipo de actividad en o con el barrio? Descríbela. (Ej: Bailes en sitios públicos).

En tu opinión, ¿cómo valoras este tipo de iniciativas de aunar deporte, salud, y problemas sociales con respecto al concepto clásico de hacer deporte?

¿Cuáles consideras que han sido las claves principales para que Vallecas Activa haya salido adelante?

A nivel social, ¿para qué debería servir hacer deporte?

¿Desea agregar alguna otra cuestión?

Muchas gracias por su colaboración.

D.3. Médico

DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES

Fecha de realización:

Nombre y Apellidos:

Formación académica y especialidad:

Lugar donde trabajas y antigüedad:

PERFILES

Podrías contarnos cuál es el procedimiento para que un paciente ingrese en Vallecas Activa.

¿Qué perfiles de pacientes deriváis al programa?

¿Impartes clases en los grupos de salud de Vallecas Activa? ¿Qué frecuencia tienen las clases?

¿Qué tiempo llevas impartiendo las clases? ¿Qué temas tratáis?

¿Cuáles son los principales problemas que te encuentras? ¿Cómo los resuelve?

¿Cuál es el perfil de personas que participa en el programa?

CAMBIOS PRODUCIDOS

¿Desde que están participando en el programa, has notado cambios en los pacientes respecto a las...?:

1. Veces que acude al médico.
2. Alimentación.
3. El cambio del sedentarismo a realizar actividad ¿Qué cambios produce?
4. Sensación de malestar, dolores.

D.4. TRABAJADOR SOCIAL

5. Tomas de Medicación.
6. Sentimiento de soledad
7. Satisfacción personal

¿Has notado algún otro cambio?

COMUNIDAD

¿Cómo es en clase la relación entre los participantes? ¿Es frecuente que tengan relación fuera del polideportivo?

¿Está teniendo el programa alguna repercusión en las familias, en amigos o en vecinos? ¿Y en el barrio?

En tu opinión, ¿cómo valoras este tipo de iniciativas de aunar deporte, salud, y problemas sociales con respecto al concepto clásico de hacer deporte?

¿Cuáles consideras que han sido las claves principales para que Vallecas Activa haya salido adelante?

A nivel social, ¿Qué función debería tener hacer deporte?

¿Desea agregar alguna otra cuestión?

Muchas gracias por su colaboración.

D.4. Trabajador Social

DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES

Fecha de realización:

Nombre y Apellidos:

Formación académica:

Centro de trabajo y antigüedad:

PERFILES

Podrías contarnos el procedimiento para que un usuario ingrese en una actividad deportiva a través del programa Vallecas Activa.

¿Qué perfiles de usuarios deriváis al polideportivo?

¿Qué objetivos perseguís al enviarlos a este programa?

¿Cuáles son los principales problemas que encuentras en el programa Vallecás Activa? ¿Cómo los resuelves?

¿Realizáis un seguimiento periódico de la integración en la actividad deportiva? ¿Qué resultados se están obteniendo?

CAMBIOS PRODUCIDOS

¿Notas cambios en los usuarios de Vallecás Activa con respecto...?:

1. A que aumente o mejore la red personal en comparación con los que no participan.
2. A que mejoren en sus habilidades básicas (puntualidad, respeto a las normas, vestuario adecuado, aceptación de las normas de conducta de grupo, etc).
3. ¿Percibes alguna mejora en el estado de salud personal? (estado de ánimo, generar hábitos positivos de alimentación o de rutinas con ejercicio).
4. ¿Qué otros cambios notas?

¿Conoces que tipo de relación tienen los usuarios de RMI derivados con el resto de participantes de la actividad? ¿Sabes si alguno mantiene relación fuera del polideportivo?

SEGUIMIENTO RMI

Aquí, en Vallecás, el seguimiento de la RMI lo hacéis de forma grupal. Este año lo habéis realizado mediante una actividad comunitaria, a través de Vallecás activa, habiendo realizado varios flashmoob. ¿Podrías contarnos en que ha consistido la experiencia?

¿Cómo lo acogieron los perceptores de RMI?

¿Cuál ha sido la participación y el grado de implicación de estos?

¿Qué objetivos perseguíais? ¿Los habéis conseguido?

¿Cómo ha sido la acogida por parte de las instituciones del barrio donde se ha realizado?
¿Qué instituciones fueron?

¿Qué repercusión o efectos ha tenido o está teniendo en el barrio?

¿Consideras que es útil esta forma de realizar el seguimiento de la RMI? ¿Lo exportarías como idea de seguimiento de RMI a otros Centros de SS.SS.?

¿Qué cambiarías o mejorarías de este tipo de seguimiento?

D.5. DIRECTOR DE CENTRO

COMUNIDAD

¿Está teniendo el programa alguna repercusión en las familias, en amigos o en vecinos? ¿Y en el barrio?

En tu opinión, ¿cómo valoras este tipo de iniciativas de aunar deporte, salud, y problemas sociales con respecto al concepto clásico de hacer deporte?

¿Cuáles consideras que han sido las claves principales para que Vallecas Activa haya salido adelante?

A nivel social, ¿Qué función debería tener hacer deporte?

¿Desea agregar alguna otra cuestión?

Muchas gracias por su colaboración.

D.5. Director de Centro

DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES

Fecha de realización:

Nombre y Apellidos:

Formación académica:

Centro de trabajo y antigüedad:

INICIOS

¿Podrías comentarnos cómo surgió la idea de Vallecas Activa?

¿Cuáles fueron los primeros pasos que diste?

¿Qué objetivos perseguías?

¿Con que apoyos contabas?

¿Qué dificultades te encontraste al comenzar? ¿Cómo las fuiste superando?

ORGANIZACIÓN ACTUAL

¿Qué instituciones participan en la actualidad?

¿Cómo hacéis la coordinación entre todos?

APÉNDICE D. GUIONES DE ENTREVISTAS

¿Cuáles consideras que han sido las claves principales para que Vallecas Activa haya salido adelante?

FUTURO DE VALLECAS ACTIVA

¿Cómo se espera que se organice la implantación de Vallecas Activa en todo Madrid?

¿Los objetivos que persigue ahora el ayuntamiento con la implantación de VA en todos los distritos son los mismos que perseguías en un inicio? ¿Cuáles son los actuales?

¿Que pasos tienes previstos dar para el futuro de Vallecas Activa?

COMUNITARIO

¿Cómo está influyendo Vallecas Activa en el barrio de Entrevías?

Respecto a la participación en las actividades, ¿Cómo se ha logrado generar la demanda existente? ¿Cuáles han sido las claves para lograr la participación actual?

¿Conoces experiencias similares a Vallecas Activa en otros municipios?

En tu opinión, ¿Cuál debería ser la finalidad de las políticas deportivas municipales en los próximos años?

¿Qué se debe tener en cuenta a la hora de plantearse un trabajo comunitario en los barrios? (que se persigue, como funcionar, a quien se debe escuchar, etc.)

¿Desea agregar alguna otra cuestión?

Muchas gracias por su colaboración.

Apéndice E

Organización Documental

El proceso de organización documental se ha llevado a cabo íntegramente en soporte informático, utilizando de forma preferente software libre. A continuación se expone agrupado según las fases de realización:

E.1. Análisis y recopilación de documentación

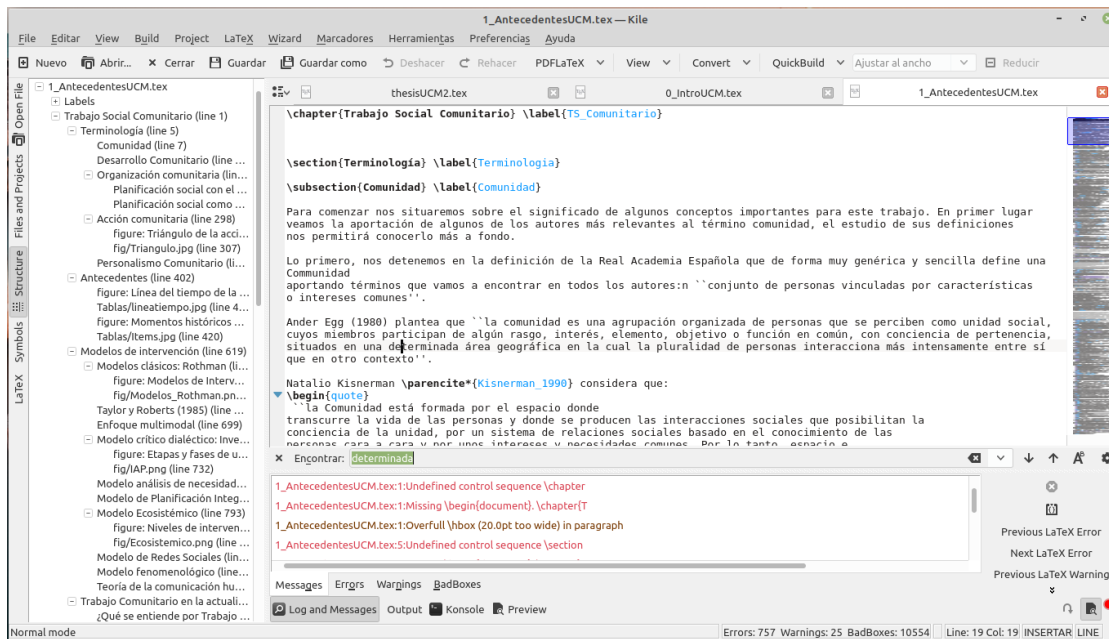
Para organizar toda la documentación que recopilada y poderla sistematizar de forma adecuada, comencé apoyándome en la versión gratuita del gestor bibliográfico **Zotero**, el cual con 200 Mb de capacidad resultó insuficiente, teniendo que emigrar los datos al gestor bibliográfico **Mendeley** con una capacidad de almacenamiento libre de 1Gb.

Para la consulta bibliográfica se han utilizado principalmente las bases de datos: **Web of Science**, **World Wide Science**, **SciELO**, **Dialnet**, **Proquest ebrary**, **Google Scholar**, **Academia.edu**, **PubMed** y **Elsevier**.

E.2. Recogida y análisis de datos

Con la finalidad de facilitar la recogida de datos, se crearon varios formularios on-line aprovechando la tecnología de **Google forms**. Esto simplificó la recogida de información a la vez que aumenta la calidad de los datos recogidos al aplicar reglas de validación. En ocasiones ha sido necesario pasar cuestionarios a formato clásico para lo ha sido necesario diseñarlos

Figura E.1:
Editor de textos Kile.



también en papel, utilizando como soporte informático la aplicación **Rotator**.

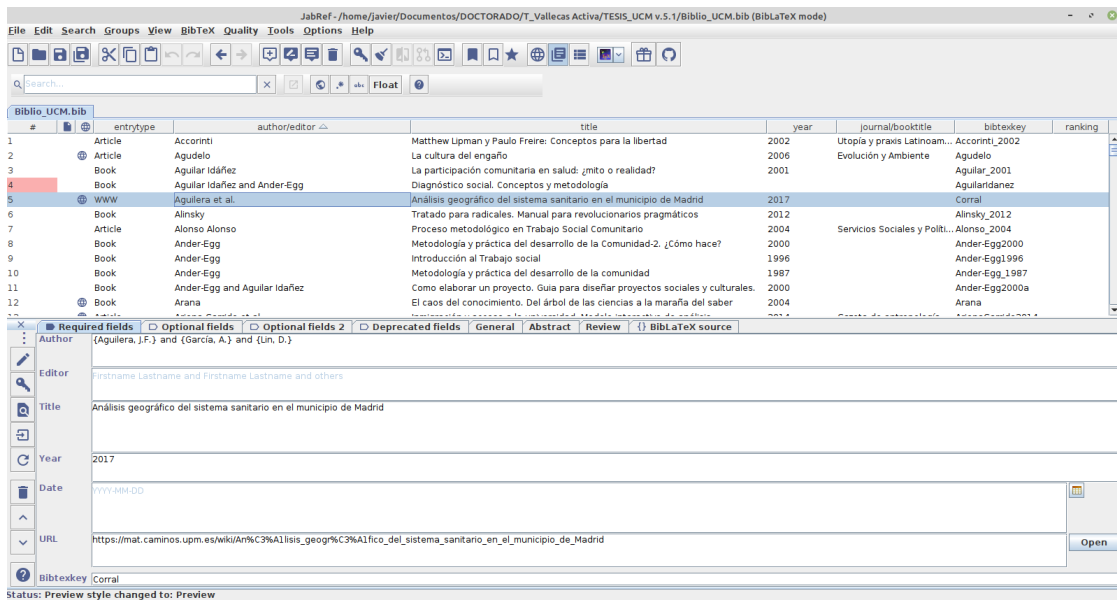
Para el análisis estadístico de datos cuantitativos se ha utilizado como software **SPSS**, **PSPP** y **R**. Para el análisis cualitativo se ha utilizado la aplicación **Atlas.ti**. La transcripción de las entrevistas se han realizado con el apoyo de **Scribe**.

E.3. Redacción de la tesis

La tesis se ha ido escribiendo desde el inicio del proceso con el apoyo del sistema de composición de textos LaTeX, utilizando como editor el programa **Kile** (ver fig.E.1) que funciona a través del sistema operativo Linux. Para que Kile pudiese comprender correctamente la bibliografía recopilada en Mendeley, hubo que crear un fichero *.bib. Como gestor bibliográfico se ha utilizado **JabRef** (ver fig.E.2). Las referencias bibliográficas en formato APA se han incluido en latex a través de **biblatex package**.

E.3. REDACCIÓN DE LA TESIS

Figura E.2:
Gestor bibliográfico JabRef.



Parte VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

Referencias

- Accorinti, S. (2002). Matthew Lipman y Paulo Freire: Conceptos para la libertad. *Utopía y praxis Latinoamericana*, (18), 35-56. Recuperado desde <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27901803&iCveNum=862>
- Agudelo, G. (2009). La cultura del engaño. *Evolución y Ambiente*. Recuperado desde <https://www.iih.com/index.php/categories/evolucion-ambiente/de-fondo/la-cultura-del-engano#Origen14>
- Aguilar Idañez, M. (2001). *La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad?* Ediciones Díaz de Santos.
- Aguilera, J.F., García, A. & Lin, D. (2017). Análisis geográfico del sistema sanitario en el municipio de Madrid. Recuperado desde https://mat.camino.upm.es/wiki/An%C3%A1lisis_geogr%C3%A1fico_del_sistema_sanitario_en_el_municipio_de_Madrid
- Alinsky, S. (2012). *Tratado para radicales. Manual para revolucionarios pragmáticos*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Alonso Alonso, R. (2004). Proceso metodológico en Trabajo Social Comunitario. *Servicios Sociales y Política Social, Dimensión*(66), 37-61.
- Ander-Egg, E. (1987). *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad* (10ª). Buenos Aires: Ed. Humanitas.
- Ander-Egg, E. (1996). *Introducción al Trabajo social* (2ª) (S. XXI, Ed.).
- Anónimo. (2018). *Hacia un modelo municipal de política de acción comunitaria de Zaragoza. Borrador 1.(Documento de reflexión)*.
- Arana, J. (2004). *El caos del conocimiento. Del árbol de las ciencias a la maraña del saber*. Pamplona: EUNSA. Recuperado desde <http://www.juan-arana.net/libros.html>
- Astray Coloma, L. (2013). *¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?* (semFYC, Ed.). Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayto. de Madrid. (2021a). *Datos abiertos. Panel de indicadores de distritos y barrios de Madrid: Puente de Vallecas*. Recuperado desde <https://datos.madrid.es/portal/site/egob/menuitem.c05c1f754a33a9fbc4b2e4b284f1a5a0/?vgnextoid=71359583a773a510VgnVCM2000001f4a900aRC&vgnnextchannel=374512b9ace9f310VgnVCM100000171f5a0aRCRD&vgnnextfmt=default>
- Ayto. de Madrid. (2021b). Estadística. Distritos en cifras. Recuperado desde <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Estadistica/Distritos-en-cifras/Distritos-en-cifras-Informacion-de-Barrios-/?vgnextoid=0e9bcc2419cdd410VgnVCM2000000c205a0&vgnnextchannel=27002d05cb71b310VgnVCM1000000b205a0aRCRD>
- Ayto. de Madrid. (2021c). Estadística. Población nacida fuera de España residente en la ciudad de Madrid. Recuperado desde <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Estadistica/Areas-de-informacion-estadistica/Demografia-y-poblacion/Poblacion-extranjera/Poblacion-nacida-fuera-de-Espana-residente-en-la-ciudad-de-Madrid-por-pais-de-nacimiento-/?vgnnextfmt=default&vgnextoid=f4be27dc75580510VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=9ce23636b44b4210VgnVCM2000000c2>
- Ayto. de Madrid. (2022). Publicaciones. Defunciones. Recuperado desde <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Publicaciones/Listado-de-Publicaciones/Defunciones/?vgnextoid=3be7b95d72e0d710VgnVCM2000001f4a900aRCRD&vgnnextchannel=f1aebadb6b997010VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
- Balaguer, I., Castillo, I. & Duda, J. (2007). Propiedades psicométricas de escala de motivación deportiva en deportistas españoles. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 197-207. Recuperado desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020637005>
- Balibrea Melero, K. & Santos Ortega, A. (2010). *Deporte en los barrios: ¿Integración o control social?* Valencia.
- Barreto Acosta, C., Benavides Erazo, J.A., Garavito Jiménez, A.M. & Gordillo Forero, N.A. (2003). *Metodologías y métodos de Trabajo Social en 68 libros ubicados en bibliotecas de unidades académicas de Trabajo Social en Bogotá*. Bogotá, D.C.: Universidad de la Salle. Facultad de Trabajo Social. Recuperado desde www.ts.ucr.ac.cr
- Bernays, E. (2008). *Propaganda*. Melusina, S.L.
- Bolaño, T. (2005). *Juan Pablo II y el deporte*. Colombia. Recuperado desde <http://www.laici.va/content/dam/laici/documenti/sport/esp/para%20profundizar/jpii-y-el-deporte.pdf>
- Burgos, J. (2012). *Introducción al personalismo*. Madrid: Palabra.
- Calais, D. & Herrera, H. (2018). El deporte como elemento socializador en adolescentes que participan en proyectos sociales en ONGS. *Revista de Educación Social - RES*, (26), 243-255. Recuperado desde <https://eduso.net/res/revista/26/miscelanea/el-deporte-como-elemento-socializador-en-adolescentes-que-participan-en-proyectos-sociales-en-ongs/>

REFERENCIAS

- Capilla Pérez, A. & Villadóniga Gómez, J. (Eds.). (2004). *Los Pioneros del Trabajo Social: Una apuesta por descubrirlos*. Huelva: Universidad de Huelva.
- Carrera, R. (2014). Presupuestos antropológicos del personalismo comunitario de Emmanuel Mounier. *Humanitas*, 11, 149-162.
- Chan, M. (2013). Discurso de apertura de la 8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Helsinki.
- CHRODIS. (2015). Joint Action on Chronic Diseases & Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle. Good practices in health promotion & primary prevention of chronic diseases. Recuperado desde <http://www.chrodis.eu/our-work/05-health-promotion/wp05-activities/selection/>
- Collins, M., Henry, I., Houlihan, B. & Buller, J. (1999). *Sport and Social Exclusion*. Institute of Sport y Leisure Policy. Loughborough (England).
- Collins, M. & Kay, T. (2014). *Sport and social exclusion*. Routledge.
- Commission on social determinants of health. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Recuperado desde www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05-07.pdf
- Cuenca Silvestre, M. (2021). *Un marco ético para el trabajo social comunitario* (Tesis doctoral, Universidad de Barcelona. Facultad de Filosofía).
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies. Recuperado desde <http://www.iffs.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>
- Díaz Olalla, J.M. and Benítez Robredo, T. (2015). *Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2014* (Madrid+Salud, Ed.). Ayto. de Madrid.
- Díaz Olalla, J.M. and Esteban Peña, M. (2008). *Estudio de la Salud de la Ciudad de Madrid 2005* (Madrid+Salud, Ed.). Ayto. de Madrid.
- Díaz Olalla, J. (2020). *Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018*. (Madrid+Salud, Ed.). Ayto. de Madrid.
- Dominelli, L. and McLeod, E. (1999). *Trabajo social feminista*. Ediciones Cátedra.
- Domínguez Prieto, X. (2008). El personalismo comunitario de Carlos Díaz. *Persona: Revista Iberoamericana de Personalismo Comunitario*, 38-50.
- Domínguez Prieto, X. (2009). Nuevos caminos para el personalismo comunitario. *Veritas*, 4 (20), 95-126.

BIBLIOGRAFÍA

- Eito Mateo, A. & Gómez Quintero, J.D. (2013). El concepto de Comunidad y el Trabajo social. *Espacios Transnacionales, Comunidad*, 10-16. Recuperado desde <http://espaciostransnacionales.org/primer-numero/>
- Ekholm, D. (2016). *Sport as a Means of Responding to Social Problems. Rationales of Government, Welfare and Social Change*.
- Escartín Caparros, M. (1998). *Manual de Trabajo Social. (Modelos de práctica profesional)* (2ª edición). Alicante: Ed. Aguaclara.
- European Commission. (2017). Special Eurobarometer 458. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Recuperado desde <https://ec.europa.eu/health/tobacco/eurobarometers.en>
- Fernández García, T. & López Pelaez, A. (2014). *Trabajo social comunitario: afrontando juntos los desafíos del siglo XXI*. Madrid: Difusora Larousse - Alianza Editorial.
- Fundación Española del Corazón. (2014). *Children in the city Campaign. Resumen ejecutivo*. World heart federation. Madrid.
- González López, R. (2017). *El deporte como medio de inclusión social*. Univ. de Valladolid.
- Gorraiz López, G. (2016). La manipulación de las masas en las democracias occidentales. Recuperado desde <http://wp.telesurtv.net/bloggers/La-manipulacion-de-las-masas-en-las-democracias-occidentales-20160526-0002.html>
- IMSERSO. (2011). *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Juvinyà, D. & Arroyo, H. (2012). *La promoción de la salud 25 años después* (U. de Gerona, Ed.). Cátedra de Promoción de la Salud.
- Kisnerman, N. (1990). *Teoría y práctica del Trabajo Social*. Ed. Humanitas.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el Trabajo Social: Una introducción desde el construccionismo* (2ª edición). Ediciones Edward.
- Lalonde, M. (1981). A new perspective on the health of Canadians a working document. Recuperado desde <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lasheras Muñoz, A. (2012). *¿El Trabajo Social puede utilizar el deporte como herramienta de intervención?* Universidad de Zaragoza.
- Lillo, N. & Roselló, E. (2004). *Manual para el Trabajo Social Comunitario*. Madrid: Narcea S.A.

REFERENCIAS

- Lindeman, E. (1921). *The Community, an introduction to the Study of Community Leadership and Organization*. New York: Association Press.
- López Peláez, A. (2012). Profesión, ciencia y ciudadanía: retos para el Trabajo Social y los Servicios Sociales en el siglo XXI. *Azarbe: Revista internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 1, 61-71.
- Maidagan de Ugarte, V. (1970). *Manual de servicio social* (5ª edición). Editorial jurídica de Chile.
- Marchioni, M., Morin Ramirez, L.M. & Candelaria, J.A. (2013). Metodología de la intervención Comunitaria. Los procesos comunitarios. En Buades Fuster, J. & Giménez Romero, C. (Eds.), *Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable: Manual de intervención comunitaria en barrios* (pp. 59-73). Valencia: CeiMigra, IMEDS y Generalitat Valenciana.
- Marchioni, M. (1999). *Comunidad, participación y desarrollo*. Madrid: Editorial Popular. Recuperado desde <https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Comunidad,+participaci%7B%5C%7DC3%7B%5C%7DB3n+y+desarrollo+-+Marco+Marchion.pdf>
- Marmot, M. (2005). Conferencia de Bangkok. Recuperado desde <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/es/index.html>
- Marti, J. (2017). *La investigación-Acción Participativa. Estructura y fases*. Sin publicar. Capítulo del Experto en nuevas metodologías de las Ciencias Sociales.UCM.
- Martínez Aguado, D. (2004). Planificación deportiva municipal: Los itinerarios de práctica física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 4(16), 243-275.
- Ministerio de Sanidad. (2017). Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Recuperado desde <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Ministerio de Sanidad, S. S. e. I. (2015). Estadísticas 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Recuperado desde http://www.pnsd.msssi.gob.es/ca/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/ESTADISTICAS_2015.pdf
- Miralles de Benito, P. (2017). *El deporte como herramienta de integración social*. Universidad de la Rioja.
- Moix Martínez, M. (1991). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Trivium.
- Montañes Serrano, M. and Martín Gutiérrez, P. (2017). De la IAP a las Metodologías Sociopráxicas. *Hábitat y Sociedad*, (10), 35-52. Recuperado desde <http://dx.doi.org/10.12795/HabitatySociedad.2017.i10.03>

REFERENCIAS

- OMS. (2011). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. En *World Conference on Social Determinants of Health*. OMS. Recuperado desde <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>
- OMS. (2013). *Health in All Policies*. Recuperado desde <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>
- OMS. (2015). *Cuestionario básico y cuestionario ampliado del Método progresivo de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas (STEPS)*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado desde www.who.int/chp/steps
- OMS. (2016a). *¿Qué es la promoción de la salud?* OMS. Recuperado desde <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- OMS. (2016b). Consenso de Shanghai sobre Ciudades Saludables. Recuperado desde <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/healthy-city-pledge/es/>
- OMS. (2016c). *Shanghai Declaration*. Recuperado desde <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/en/>
- OMS. (2021). *Carta de Ginebra para el bienestar*. OMS. Recuperado desde <https://www.who.int/es/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being>
- Orden ECD/749/2017, de 31 de mayo, por la que se regula la implantación del programa “Aulas de Tecnificación Deportiva”, para la compatibilización de estudios y entrenamientos de deportistas aragoneses en edad escolar y se realiza su convocatoria para el curso escolar 2017/2018. (2017). Boletín Oficial de Aragón.
- Pastor Seller, E. (2004). La participación ciudadana en el ámbito local, eje transversal del trabajo social comunitario. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 12 (Universidad de Alicante. Escuela Universitaria de Trabajo Social), 103-137. Recuperado desde <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5593>
- Pastor Seller, E. (2015). Social work and local community development in the XXI century. *Arbor*, 191(771).
- Pastor Seller, E. (2021, 1 de junio). Construcción del Trabajo Social Comunitario [ponencia]. Estudios Doctorado Trabajo Social, UCM. Madrid.
- Payne, M. (2002). *Teorías contemporáneas del trabajo social*. Barcelona: Paidós.
- Pérez Campanero, M. (2000). *Cómo detectar las necesidades de Intervención Socioeducativa*. Madrid: Narcea.
- Picornell-Lucas, A., Pastor Seller, E. & Belchior Rocha, H. (2022). *Trabajo social, servicios sociales e intervención comunitaria*. Madrid: Dykinson.

BIBLIOGRAFÍA

- Pinel, E., Rubio, L. & Rubio, R. (2010). *Un instrumento de medición de Soledad Social: Escala Este II*. Universidad de Granada. Recuperado desde <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
- Premio a la mejor innovación social desde el Trabajo Social. (2016). Recuperado desde <http://www.comtrabajosocial.com/paginas/premio-a-la-mejor-innovacion-social-desde-el-trabajo-social/>
- Puig i Pla, X. (2002). *Análisis de los factores de éxito y fracaso de las secciones de crédito de las cooperativas en Catalunya* (Tesis doctoral, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona).
- Purrington, C. (2015). Designing conference posters. Recuperado desde <https://colinpurrington.com/tips/poster-design/>
- Resolución de 19 de mayo de 2017, de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, por la que se conceden los X Premios Estrategia NAOS, edición 2016. (2017), BOE-A-2017-6728. Recuperado desde <https://www.boe.es/boe/dias/2017/06/13/pdfs/BOE-A-2017-6728.pdf>
- Resolución de 24 de marzo de 2015, de la Presidencia de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, por la que se conceden los VIII Premios Estrategia NAOS, edición 2014. (2015), BOE-A-2015-5944. Recuperado desde <https://www.boe.es/boe/dias/2015/05/29/pdfs/BOE-A-2015-5944.pdf>
- Rodríguez Álvarez, M. (2014). El enfoque del empowerment: Piedra angular del Trabajo Social Comunitario en el siglo XXI. *Trabajo Social Hoy*, (73), 27-42.
- Rodríguez Álvarez, M. (2015). Ciudadanía y participación: conceptos y realidades en Trabajo Social Comunitario. *Azarbe: Revista internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (4), 5-12.
- Roser, M. & Ortiz-Ospina, E. (2013). Global Extreme Poverty. Recuperado desde <https://ourworldindata.org/extreme-poverty>
- Ross, M. (1997). *El Trabajador Social en la acción comunitaria*. Intervención social. Traducción: M^a José Aguilar Idáñez. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
- Rothman, J., Erlick, J.L. & Tropman, J.E. (2001). *Strategies of community intervention* (2001.^a ed.). Itasca: F.E. Peacock Publisher. Recuperado desde <http://www.naswfoundation.org/pioneers/r/JackRothman.htm>
- Sánchez Cuevas, G. (2022). Las 10 estrategias de manipulación mediática de Sylvain Timsit. Recuperado desde <https://lamenteesmaravillosa.com/las-10-estrategias-de-manipulacion-mediatica-de-sylvain-timsit/>

REFERENCIAS

- Sánchez Moreno, E., Fuente Roldán, I.N. & Gallardo Peralta, L.P. (2019). *Gran Recesión, desigualdades sociales y salud en España* (Fundación FOESSA). Madrid.
- Sánchez-Alcaraz Martínez, B.J., Gómez-Mármol, A., Valero Valenzuela, A., Cruz Sánchez, E. & Díaz Suárez, A. (2016). El modelo de responsabilidad personal y social a través del deporte como propuesta metodológica para la educación en valores en adolescentes. *Espiral. Cuadernos del profesorado*, 9(18), 16-26.
- Sánchez, O. (2016a). *Guía del programa de Salud + Deporte. CDM Entrevías*.
- Sánchez, O. (2016b). *Guía del programa de Trabajo Social a través del Deporte. CDM Entrevías*.
- Solana Ruiz, J. (2016). Trabajo Social, complejidad e Interdisciplinariedad: Una síntesis de algunos planteamientos en España e Hispanoamérica. En *CIFETS*. Recuperado desde <https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS.2016/Monografia/pdf/TC372.pdf>
- Tello Beneitez, M. (2013). *Guía de Think Tanks en España* (2ª) (UNED, Ed.). Valencia: Fundación Ciudadanía y Valores.
- UNESCO. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. En ONU (Ed.).
- Viscarret, J. (2014). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Alianza Editorial.
- Yong Kim, J. (2018). La pobreza extrema a nivel mundial continúa disminuyendo, aunque a un ritmo más lento. Recuperado desde <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2018/09/19/decline-of-global-extreme-poverty-continues-but-has-slowed-world-bank>
- Zamanillo, T. (2010). La construcción de la comunidad de hoy, liberándola de sus viejos mitos. En E. U. de Trabajo Social de la UPV/EHU (Ed.), *III Jornada de Trabajo Social. REDefiniendo el trabajo comunitario*. Vitoria-Gasteiz.

