

Documentos de Trabajo Social

DTS

Revista de Trabajo Social y Acción Social

**Premio
Científico**

Quince años después
Recopilatorio



**Colegio Profesional
de Trabajo Social
de Málaga**

Documentos de Trabajo Social

DTS

Revista de Trabajo Social y Acción Social

Premio Científico: Quince años después
Documentos de Trabajo Social · Recopilatorio

Edita

Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga
C/ Muro de Puerta Nueva, 9 - 1ºC. 29005 - Málaga
Correo-e: dts@trabajosocialmalaga.org
www.trabajosocialmalaga.org

Secretaría Técnica

Marcia Morales Ibáñez. CODTS Málaga

Diseño

Rocío Morales Lozano. CODTS Málaga

Imprime

CEDMA (Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga)

ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246

Depósito legal: MA-1126-1993

Sumario

• Prólogo	5
• I Premio Científico (1996)	
- Programa Joven de Sexualidad Eros. La intervención en actitudes a través de la radio desde un proyecto de intervención comunitaria.	11
- Paro, trabajo y desigualdad al final del Milenio.	36
• II Premio Científico (1997)	
- Rehabilitación integral desde la perspectiva de la Administración Pública.	63
- El Trabajo Social con enfermos terminales.	92
• III Premio Científico (1998)	
- La historia de Rubén: Experiencia de un programa de prevención de las drogodependencias en el medio escolar.	103
• IV Premio Científico (2000)	
- Pobreza y Exclusión Social en Andalucía. Acercamiento empírico mediante tipologías.	131
• V Premio Científico (2001)	
- La situación del Trabajo Social en la Unión Europea.	155
- Atención integral a víctimas de violencia doméstica desde atención primaria de salud.	182
• VI Premio Científico (2002)	
- Condicionantes patógenos en el entorno laboral del Sistema público de Servicios Sociales. La deficiente gestión de los recursos humanos.	225
• VII Premio Científico (2003)	
- La formación ética del Trabajador Social.	241
• VIII Premio Científico (2004)	
- El Sistema de Gestión de la Calidad del Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Centro. Profesionalización y garantía de derechos.	259
• IX Premio Científico (2005)	
- Trabajo social comunitario para una ciudadanía activa	299

• X Premio Científico (2006)	
- Rincones, esquinas y vericuetos del Trabajo Social Sanitario, en Atención Primaria de Salud. Andalucía.	315
• XI Premio Científico (2007)	
- Las posiciones institucionales y profesionales que se imbrican en la atención a la demanda de las personas en los servicios sociales: la mediación entre la demanda y los recursos ofertados.	333
• XII Premio Científico (2008)	
- Impacto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia en los Servicios Sociales Comunitarios.	347
• XIII Premio Científico (2009)	
- <i>Premio Investigación en el ámbito del Trabajo Social: El trabajo social sanitario con las familias de los enfermos de alzheimer.</i>	367
- <i>Premio Teoría y Práctica del Trabajo Social: Los dilemas morales de los trabajadores sociales y la técnica de los grupos triangulares.</i>	391
• XIV Premio Científico (2010)	
- <i>Premio Investigación en el ámbito del Trabajo Social: Nuevos perfiles de personas sin hogar en la ciudad de Barcelona.</i>	415
- <i>Premio Teoría y Práctica del Trabajo Social: El Urbanismo como instrumento de Transformación Social “Área de Santa Adela”. Metodología de Intervención.</i>	441
• XV Premio Científico (2011)	
- <i>Premio Investigación en el ámbito del Trabajo Social: Las familias acogedoras y sus redes sociales. Un análisis comparativo del acogimiento de menores en familia extensa y educadora (ajena), desde el ámbito de los Servicios Sociales.</i>	465
- <i>Premio Teoría y Práctica del Trabajo Social: La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos.</i>	489
• Imágenes	517

Prólogo



En el año 1993 el Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga se embarcaba en una aventura tan deseada como arriesgada, el nacimiento de una publicación que sirviera de soporte documental y a la vez como instrumento para que los trabajadores sociales tuviéramos un lugar, un espacio, en donde presentar a la sociedad y al conjunto de los profesionales todo nuestro saber, todo nuestro conoci-

miento en aras a conseguir máximas cotas de bienestar, nacía la revista Documentos de Trabajo Social (DTS)

Hoy diecinueve años después podemos decir con el máximo orgullo que el esfuerzo, el trabajo y la ilusión con que las compañeras y compañeros pusieron este proyecto en marcha, se encontraba totalmente justificado y en nombre del colegio de Málaga desde estas líneas gracias por la iniciativa.

Pocos años después del nacimiento de DTS y en ese afán de innovar, de avanzar y de mejorar se constituyó el Premio Científico DTS, del que se cumple su XV aniversario en donde con esta publicación recopilatoria de los diferentes premios en estos años queremos rendir homenaje.

En estos quince años se han presentado más de trescientos trabajos procedentes del conjunto del Estado, dándose un salto internacional en la convocatoria de 2011, con trabajos provenientes de Chile y Argentina. Trabajos todos ellos con un alto grado de calidad, que son valorados por un jurado compuesto por personas de reconocido prestigio en la profesión y que pertenecen a los tres niveles territoriales: provincial, autonómico y estatal. Y a los que queremos agradecer por su participación y esfuerzo de manera desinteresada y que nunca han dicho un no cuando desde el Colegio se les ha propuesto participar formando parte de este jurado.

Así mismo, hay que destacar y agradecer a la Diputación Provincial de Málaga, su participación ininterrumpida durante estos quince años como patrocinadora del premio, al que se unió la Delegación de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía en la edición de 2009, y por último a la Universidad de Málaga a través de la Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo la cual también se ha unido al premio en la convocatoria de 2011. En donde la incorporación de estas administraciones ha hecho posible que el premio se convoque en dos categorías la de teoría y la de

investigación.

Desde el Colegio Profesional comprobamos con satisfacción como cada vez más desde la profesión de Trabajo Social llevamos a papel la gran cantidad de experiencia, ideas, trabajos e investigaciones de las que somos protagonistas, situándonos en una constante renovación teórica no sólo sobre los diferentes campos de acción e intervención, sino también sobre los métodos, los proyectos, la calidad y el cómo somos capaces de dedicar nuestros conocimientos y técnicas para ayudar a los individuos, grupos, comunidades y sociedades en su desarrollo y en la resolución de los conflictos personales y/o sociales y sus consecuencias, según se establece en el punto 5 de la Declaración Internacional de Principios Éticos del Trabajo Social.

En estos tiempos que corren en donde por una parte lo social ha tomado un valor importante, aunque no se corresponda con muchas de las iniciativas que posteriormente se toman, la existencia de publicaciones como DTS y su Premio Científico, sirven para devolver a la sociedad el saber que aprendemos, y al que nos debemos de comprometer para buscar otras salidas y alternativas a los problemas sociales que día a día nos enfrentarnos, en donde la desesperanza, el miedo y la desilusión no tienen cabida, sino por el contrario, la esperanza y la ilusión por un mundo mejor deben ser nuestros puntos de mira.

Para finalizar sirvan estas líneas de agradecimiento y homenaje a todos los profesionales que con la máxima ilusión han participado durante estos quince años en algunas de sus ediciones, porque sin su participación el premio no sería lo que es hoy, un referente a nivel nacional, gracias.

Rafael Arredondo Quijada
Presidente del Colegio Profesional de
Trabajo Social de Málaga



Desde la creación en 1996 del Premio Científico Documentos de Trabajo Social la Diputación de Málaga ha colaborado con este galardón con el objetivo de incentivar el esfuerzo de los profesionales que deciden poner en común y participar a través de sus experiencias y proyectos dentro del ámbito de la intervención social.

En estos quince años, este reconocimiento se ha convertido en punto de intercambio y difusión de experiencias profesionales, a la vez que ha servido de cauce para la reflexión y la profundización en aspectos teóricos de la acción social, que ha servido para enriquecer la práctica y, en definitiva, consolidarse como instrumento al servicio de la profesión.

Para la institución provincial, uno de los pilares fundamentales de nuestra gestión es apostar por la igualdad y por las políticas sociales, ya que avanzar en este camino contribuye al desarrollo de la provincia. Con este reconocimiento pretendemos contribuir al impulso profesional de este sector, además de invitar a la reflexión y al desarrollo de la intervención social desde las distintas instituciones públicas y privadas.

Por este motivo para nosotros es un orgullo participar con el Colegio Profesional de Trabajo Social en el décimoquinto aniversario de estos premios a través del Área de Derechos Sociales y del Centro de Ediciones (CEDMA) en la obra recopilatoria de los artículos ganadores desde 1996 hasta 2011, más de 300 en total, ya que debemos apoyar los estudios e investigaciones que desarrollan los trabajadores sociales.

Ana Mata Rico
Vicepresidenta tercera de
la Diputación de Málaga



Me piden unas palabras en la presentación de esta recopilación de artículos ganadores del Premio Científico de Trabajo Social de Málaga, y no pueden ser otras que de gratitud y reconocimiento por esta iniciativa que identifica a esta Colegio de Málaga además de situarlo en el panorama nacional.

Los profesionales de este sector se preocupan por la formación continua y por investigar sobre las actuaciones sociales que deben anticiparse en una Sociedad que evoluciona continuamente, por lo que la actuación directa y la prevención han de estar siempre en alerta a las nuevas necesidades. El objetivo final del trabajo social a mi entender, siempre ha de ser el de poner a disposición las herramientas concretas a cada situación, familia o persona para igualar oportunidades, además de ofrecer e indicar cual es el rumbo, cuales son los rumbos por donde debemos enfocar los proyectos y programas sociales.

Considero la noble profesión del trabajo social como un pilar imprescindible en el objetivo de conseguir una Sociedad más justa.

Mi agradecimiento como responsable política y ante todo como ciudadana.

Ana Navarro Navarro

Delegada Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social en Málaga



La Universidad de Málaga a través de la Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo se ha unido recientemente a los patrocinadores del Premio Científico Documentos de Trabajo Social, convencida de la importante incidencia que los trabajos que se presentan a este premio tienen para el desarrollo de dicho ámbito de conocimiento.

La Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo emplaza a los miembros de la comunidad universitaria a participar con sus aportaciones en próximas ediciones de este premio, y también a todas las personas que desde el ámbito de la intervención social han presentado aportaciones relevantes en anteriores convocatorias de estos Premios de Investigación a ser partícipes de la devolución a la sociedad de los resultados de las investigaciones y aportaciones, en concreto sobre Trabajo Social y materias afines, para que los aspectos más relevantes de los estudios de la realidad social puedan ser conocidos y divulgados a través de esta importante tribuna que es el Premio de Investigación y se extiendan en la sociedad a la que realmente van dirigidos.

Además la participación de la Facultad en el patrocinio de dicho Premio se produce con la intención de fomentar la investigación y la aplicación práctica de la misma, contribuyendo a propiciar una comunicación más fluida entre ese mundo y el de la aplicación de la acción social, a la vez que se estimula la sistematización y la investigación desde el ámbito de la intervención.

La publicación de las obras que han sido galardonadas en estos quince años de desarrollo del premio constituyen un notable esfuerzo, y a la vez un importante reconocimiento a sus autoras y autores.

F. Manuel Montalbán Peregrín
Decano de la Facultad de
Estudios Sociales y del Trabajo
Universidad de Málaga

I Premio Científico

Año 1996

1.- Programa Joven de Sexualidad Eros. La intervención en actitudes a través de la radio desde un proyecto de intervención comunitaria.

Beatriz Monteagudo del Riego

Diplomada en Trabajo Social

Joaquín Villa Bruned

Psicólogo

2.- Paro, trabajo y desigualdad al final del Milenio.

J. Enrique Medina Castillo

Abogado en ejercicio y profesor de Derecho Administrativo de la E.U.T.S. de Málaga

Programa Joven de Sexualidad Eros. La intervención en actitudes a través de la radio desde un proyecto de intervención comunitaria

Beatriz Monteagudo del Riego

Diplomada en Trabajo Social

Joaquín Villa Bruned

Psicólogo

Resumen

En este artículo exponemos una experiencia de trabajo llevada a cabo en el ámbito de la educación afectivo-sexual y utilizando la radio como soporte principal. Esta experiencia ha sido desarrollada en el seno de un proyecto más amplio, el Proyecto OROEL de Intervención Comunitaria en Salud. Sólo en el marco de este proyecto puede entenderse el enfoque dado al Programa de Sexualidad.

Se hace necesario, por tanto, explicar, aunque sólo sea brevemente, qué es el Proyecto OROEL, para después detenemos en el Programa EROS, analizando la forma en que nuestra propuesta de intervención actitudinal en sexualidad pudo desarrollarse a través del lenguaje radiofónico, y cómo esto se integra en el marco de la Intervención Comunitaria.

1. QUÉ ES EL PROYECTO OROEL.

Es un proyecto de Intervención Comunitaria que persigue la promoción y educación para la salud aunque eso sí, con unos objetivos específicos. a fin de no perderse en el todo.

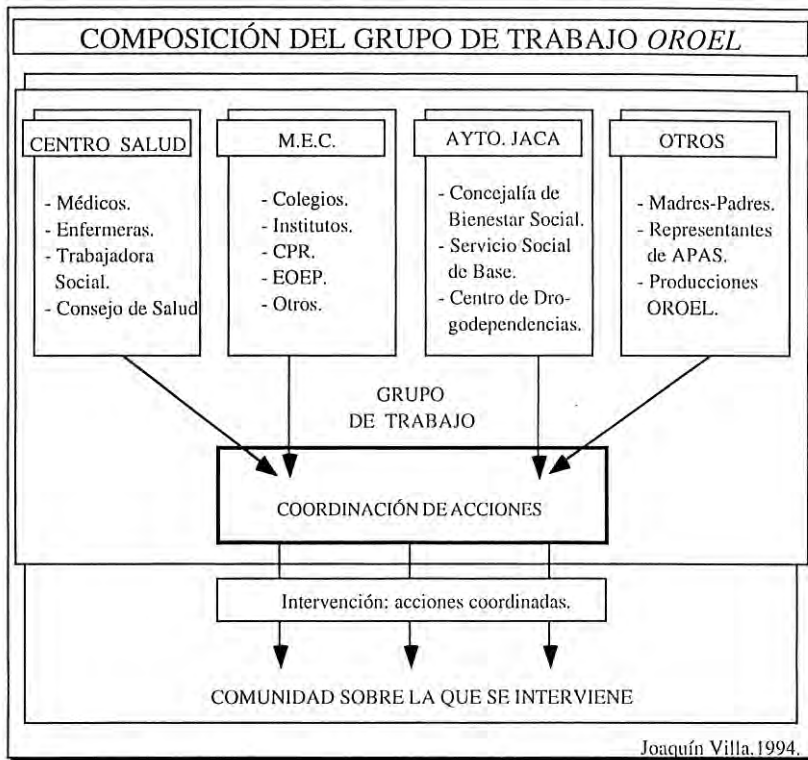
Este proyecto lleva 4 años de funcionamiento, empezando su andadura en el curso 92-93 en que mereció el Vº Bº del Plan de Apoyo a Programas de Educación para la Salud. Dicho plan está basado en la coordinación entre distintas instituciones con responsabilidad en el campo de la educación para la salud: INSALUD, Mº de Educación y Ciencia y DGA (Diputación General de Aragón); es esta última institución la que subvenciona los proyectos que se integran en el Plan de Apoyo

En este marco es en el que, profesionales procedentes de distintas instituciones, se unieron para poner en marcha en Jaca un Proyecto de Intervención Comunitaria en Salud, el Proyecto Oroel.

2. COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO OROEL.

Integran el Grupo de Trabajo Oroel profesionales de varias instituciones (además de estar abierto a cualquier persona o institución interesada): del Ayuntamiento de Jaca, del Centro de Salud (INSALUD), del Centro de Profesores y Recursos (CPR) y Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) del MEC, y de otros ámbitos (APAs, madres...).

El organigrama de funcionamiento es como sigue: una serie de profesionales, y también de personas de la calle (está abierto totalmente) forman el Grupo de Trabajo Oroel, que a su vez es coordinado por 2 ó 3 personas. Son ellas las que realizan las acciones, que muchas de éstas pasan por incluir en las mismas a otras personas, y hacer que ellas asuman responsabilidades. Al fin y al cabo en eso se basa la intervención comunitaria. Ver el esquema adjunto.



Esa organización cuenta con dos puntos de apoyo necesarios: el del apoyo institucional, y el de los medios de comunicación, fundamentalmente locales.

Objetivos del Grupo Oroel:

- 1- En relación al Proyecto:

- diagnóstico de los problemas de salud.
- diseño de las acciones y de la evaluación.
- coordinación de dichas acciones.

2- En relación a cada integrante:

- reflexión conjunta, como vía de formación (y de autoformación).

De este Grupo, y como se ha dicho (a veces instigadas por los coordinadores u otras personas), surgen las distintas propuestas de intervención.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El Proyecto Oroel se mueve en el marco de la innovación educativa, esto supone una reflexión continua entre la teoría y la propia práctica de la intervención, en relación a un contexto determinado: el comunitario.

Teniendo en cuenta esta interacción entre la teoría y la intervención se hace necesario concretar algunas coordenadas importantes por las que va a discurrir la teoría.

3.1. EL MARCO DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA.

Exponemos aquí brevemente las aportaciones realizadas por la Salud Comunitaria, la Psicología Comunitaria y el Enfoque Sistémico.

3.1.1. Salud Comunitaria

Tan sólo haremos alusión a las razones de tipo teórico que justifican los programas de salud comunitaria:

1. Naturaleza contextual de la conducta: si ésta tiene lugar en un contexto, la intervención tendrá que tener en cuenta el mismo.

2. Carácter transaccional del comportamiento: la conducta surge de la constante co-determinación de las características del individuo y del contexto en el que se mueve aquél. Y ese carácter transaccional de la conducta es el que puede explicar su estabilidad y mantenimiento.

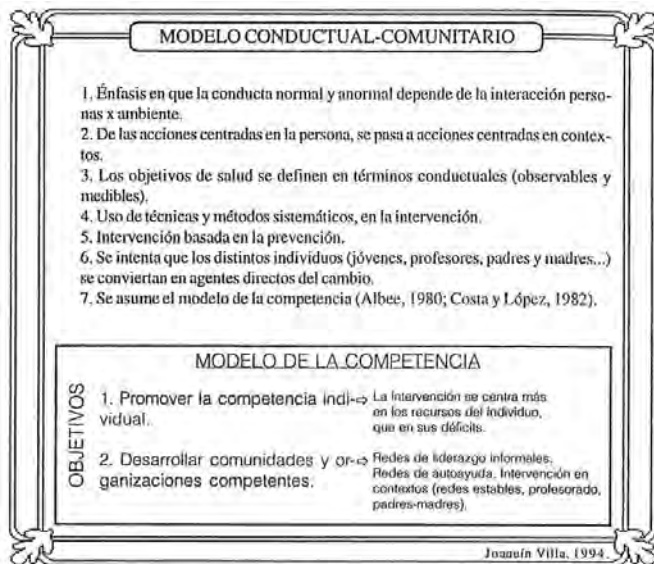
3. Proceso de reequilibración de la ecuación conductual: si la intervención se dirige a la dimensión individual de la conducta, los efectos inmediatos pueden ser eficaces. Pero surgen problemas con el mantenimiento y generalización del comportamiento. Esto se explica porque al actuar sobre la dimensión individual introducimos un elemento de desequilibrio, con lo que todo el sistema busca una nueva situación de equilibrio. Si intervenimos sobre la conducta individual, y también sobre el contexto (demandas sociales), el sistema de nuevo se reequilibrará, pero en el sentido esperado. Como dice José Bermúdez, <<10 que estamos sugiriendo es la conveniencia de enriquecer las estrategias de intervención, que nos ofrece la psicología científica,

recogiendo la dimensión ecológica del comportamiento».¹

3.1.2. Psicología Comunitaria: El Modelo de la Competencia.

Hablar del Modelo de la Competencia supone retomar la idea ya enunciada de intervenir en lo individual, y al tiempo desarrollar los recursos de la comunidad. Este modelo, propuesto por Albee, y retomado por Costa y López (1989) pretende dos objetivos:

- a) Promover la competencia individual: la intervención se centra más en los recursos del individuo que en sus déficits.
- b) Desarrollar comunidades y organizaciones competentes. Está comprobado que el sistema escolar tiende a rechazar las redes informales de alumnos y alumnas, mientras que sí atiende a otras redes formales menos competentes a nivel social y de grupo. Desde el Proyecto Oroel se quiere tener en cuenta dichas redes (antes de cualquier acción con un grupo-clase se propone la aplicación de un sociograma) a fin de intervenir de forma más sistemática y funcional, pero y, sobre todo, con la finalidad de intentar mejorar la competencia de dichas redes². A fin de cuentas este punto podría matizarse en dos ideas, que inspiran el citado Proyecto:
 - facilitar la competencia de un grupo u organización.
 - y ceder responsabilidades.



.....
1 BERMÚDEZ, José. 1992. *Psicología de la Salud: Programas preventivos de intervención comunitaria*. Master en terapia de Conducta. Madrid, UNED-Fundación Universidad Empresa.

2 VILLA BRUNED, Joaquín. (1994). *Plan de Ataque: la realización de una película como acción comunitaria*. Inédito. Un grupo de adultos se implica en una acción: la realización de una película sobre prevención de alcohol, como forma de generar un material útil al proyecto. Desde éste se facilita la competencia de ese grupo de adultos. Una vez acabada la acción, deciden continuar con otras acciones, y algunas de esas personas participan activamente en el Proyecto.

3.1.3. El Enfoque Sistémico.

Uno de los enfoques para abordar los problemas de salud es el sistémico: un individuo, una familia, una comunidad, una sociedad ... forman un todo, con propiedades irreductibles. Cada pequeño sistema es más que la suma de sus partes, es algo mucho más complejo.

El enfoque convencional de planificación, el analítico, resulta demasiado simplista para afrontar situaciones complejas, así que ... “Ya que el carácter fundamental de un objeto viviente es su organización, el acostumbrado examen de las partes y procesos aislados no puede darnos una explicación completa de los fenómenos vitales”³.

Las diferencias básicas entre el enfoque analítico y el sistémico podemos encontrarlas en el cuadro comparativo siguiente:⁴

ENFOQUE ANALÍTICO versus ENFOQUE SISTÉMICO	
Se centra sobre los elementos o partes de un todo.	1. Se centra en las interacciones, une los elementos de un todo.
Se apoya en la precisión de los detalles.	2. Se apoya en la percepción global.
Considera la naturaleza de las interacciones.	3. Considera los efectos de las interacciones.
Considera los fenómenos reversibles e independientes del tiempo.	4. Integra el tiempo y la irreversibilidad.
Proporciona una enseñanza por disciplinas.	5. Proporciona una enseñanza pluri o multidisciplinar.
Lleva a cabo acciones programadas hasta en sus últimos detalles, mientras que los fines no están definidos con suficiente claridad.	6. Lleva a cabo acciones por objetivos; se dirige al conocimiento de los fines, sin precisar los detalles.

Joaquín Villa, 1994.

A fin de poder implementar el enfoque sistémico en el ámbito de la Psicología Comunitaria, habrá que definir (Capdelaine-Cosselin, 1992):

- el campo de intervención (en función del proyecto).

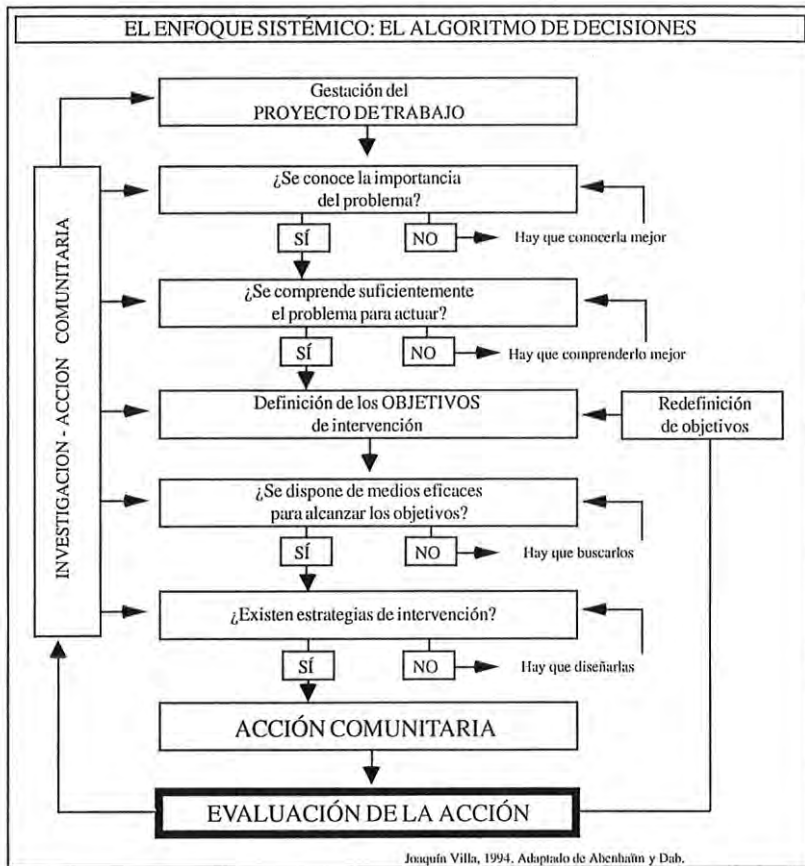
³ BERTALANFFY, L. /ROSS, w.; WEINBERG, G. M. y otros. (1987, 3ª reimpr.). *Tendencias en la teoría general de sistemas*. Madrid. Alianza. (p. 33).

⁴ VILLA BRUNED, Joaquín (1922, b). *El enfoque sistémico: una reflexión paralela a la intervención*. Inédito.

PROGRAMA JOVEN DE SEXUALIDAD EROS. LA INTERVENCIÓN EN ACTITUDES A TRAVÉS DE LA RADIO DESDE UN PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

- cómo incidir en los diferentes aspectos de la salud (referencia al enfoque global Bio-Psico-Social, y a la Educación para la Salud como estrategia).
- y la herramienta de trabajo: el algoritmo⁵ de decisiones para la prevención. Aunque nos resulte algo extraño el nombre, no se trata sino de una secuencia ordenada de acciones, en definitiva la investigación-acción aplicada a lo comunitario, como muestra el esquema adjunto.

Este enfoque ha resultado altamente efectivo en el Proyecto Oroel. A algunos de los problemas acaecidos a lo largo de los primeros años de intervención, se les ha encontrado soluciones positivas desde este tipo de enfoque. El algoritmo de decisiones nos ha ayudado, en determinados momentos, por ejemplo, y debido a falta de medios, a no abandonar algunos objetivos importantes, sino tan sólo a aplazarlos hasta disponer de los correspondientes medios eficaces.



Joaquín Villa, 1994. Adaptado de Abenháim y Dab.

⁵ Son los algoritmos métodos efectivos que prescriben de forma muy ordenada las secuencias que llevan a la resolución de un problema. Es de destacar cómo un enfoque aparentemente menos sistemático que el analítico, utiliza una herramienta con un alto grado de sistematización.

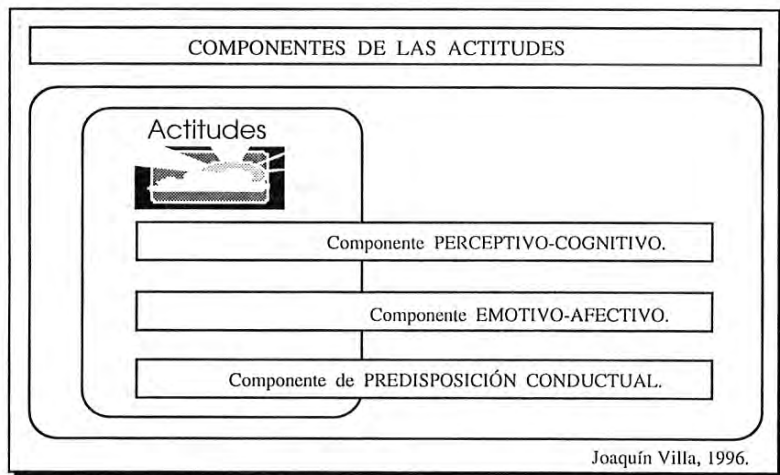
3.2. LA INTERVENCIÓN ACTITUDINAL.

El modelo de intervención del Proyecto Oroel se basa, fundamentalmente, en intervención actitudinal. Ésta es aquélla que va dirigida a las actitudes de una persona o un grupo de personas, de cara a reforzarlas, o de cara a crear en ellas otras alternativas y más adaptativas.

Diversas ramas de la psicología vienen a concluir que son dos los antecedentes básicos de toda conducta: la actitud, y la motivación. La motivación, los motivos son más específicos, y menos permanentes en el tiempo. Las actitudes son más globales, y además están enraizadas en los valores, entendidos estos como la forma más prescriptiva de la representación simbólica.

Así que, aun a pesar de que las actividades o acciones de intervención comunitaria deben motivar (y usar estrategias para ello), podemos decir con claridad que los contenidos básicos de cualquier acción comunitaria serán de tipo actitudinal, ya que lo que pretenden, por encima de todo, es facilitar actitudes positivas de educación para la salud.

¿En qué consiste nuestro modelo de intervención en actitudes? Pues básicamente en utilizar estrategias adecuadas para abordar los diversos aspectos actitudinales. Tal vez haya que comenzar por el principio. Las actitudes poseen 3 componentes, que son los que aparecen representados en el esquema siguiente.



Bien. Pues las áreas de intervención propuestas, y en relación a cada uno de los componentes, serían las que señalamos en la tabla siguiente.

PROGRAMA JOVEN DE SEXUALIDAD EROS. LA INTERVENCIÓN EN ACTITUDES A TRAVÉS DE LA RADIO DESDE UN PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

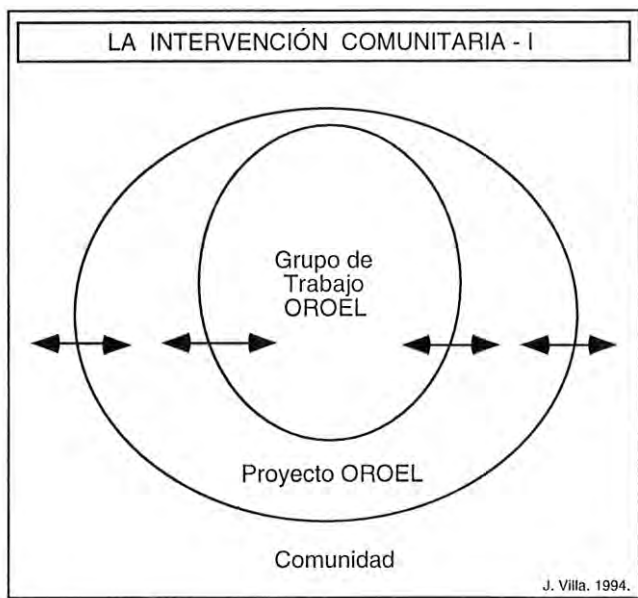
<i>Componente Actitudinal</i>	<i>Métodos globales</i>	<i>Técnicas específicas</i>
C Perceptivo-cognitivo.	Técnicas grupales para indagar sobre formas de representación simbólica.	-Role-playing. -Psicodrama. -Grupos de discusión.
	Técnicas de desarrollo moral.	-Clarificación de valores. -Entrenamiento de habilidades comunicativas. -Role-playing. -Autorregulación.
	Experimentación.	Adaptada a cada programa.
C Emotivo-afectivo.	Técnicas para potenciar la lateralización hemisférica derecha.	-Experimentos. -Brainstorming. -Role-playing. -Pensamiento visual. -Fantasía visual. -Metáfora. -Lenguaje poético. -Música.
	Estrategias de autocontrol emocional.	-Respiración profunda. -Relajación progresiva. -Entrenamiento de autoinstrucciones. -Parada de pensamiento. -Imaginación emotiva. -Resolución de problemas. -Y otras...
	Autoconcepto-autoestima.	
C Predisposición conductual.	Entrenamiento en habilidades sociales.	
	Entrenamiento en estrategias de generalización.	
	Resolución de problemas.	

4. LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y OBJETIVOS DEL PROYECTO OROEL.

4.1. LÍNEAS DE ACTUACIÓN.

La intervención comunitaria, en este caso muestra dos **líneas de actuación**.

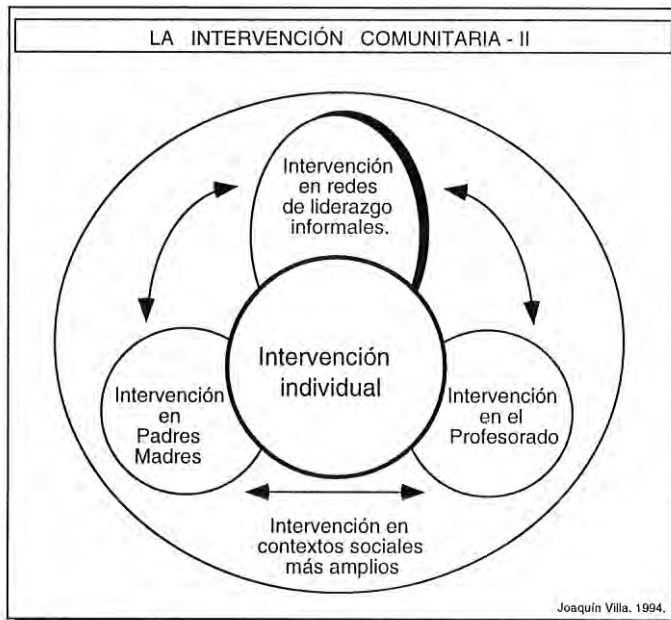
1.- **Sensibilización general de la comunidad y de colectivos específicos** mediante campañas publicitarias y de opinión a través de los medios de comunicación, a través de la realización de algunos documentos audiovisuales y a través de acciones más específicas.



2.- **Otra más específica y sistemática, centrada en jóvenes preadolescentes-adolescentes**, y sobre prevención primaria de alcohol y tabaco, y educación afectivo-sexual, y tanto a nivel individual, como a nivel de contextos sociales (redes de liderazgo, pandilla).

Debemos matizar que la intervención sistemática con jóvenes -y salvo excepciones- no se hace directamente desde el Proyecto, sino a través de padres y profesores, ya que es la única manera de que pueda generalizarse (ver esquema siguiente)⁶

.....
6 Se ha dibujado con trazo más grueso, e incluso con una superficie mayor, la elipse de las redes de liderazgo estables o informales. Una cosa parece clara (Macía Antón, 1986; Macía Antón y otros, 1993): que no es suficiente con informar, sino que hay que implementar actitudes positivas y teniendo en cuenta que las actitudes se conforman fundamentalmente, ya estas edades críticas, en los grupos sociales de referencia (pandilla, grupo de amigos), y más incluso que en la familia y en la escuela (Basabe-Páez, 1992; Cárdenas García/ Moreno Jiménez, 1987) de ahí la importancia de focalizar la intervención de manera especial en ese término de la ecuación. Lógicamente también habrá que intervenir con padres (red familia), y con profesores (red escuela). O incluso, si damos un paso más, lo ideal será conseguir llegar hasta los jóvenes a través de los padres y profesores, intentando que estos últimos intervengan sobre las redes estables. Es la única forma de generalizar la intervención, intentando que un día el Proyecto Oroel ya no sea necesario. Finalmente habrá otro tipo de intervenciones que no se focalizan específicamente sobre los apartados señalados, sino sobre contextos sociales más amplios, a través de medios de comunicación, y que abarcarán fa mayor dimensión temporal posible. Ambas pueden ser paralelas, incluso.



4.2. OBJETIVOS.

Objetivos generales:

- 1- Promover los recursos y competencias del individuo, y actitudes positivas para evitar el consumo y el inicio al mismo de alcohol y tabaco (y por extensión a todas las demás drogas, ya que aquellas son claramente la puerta de acceso).
- 2- Y vivir de manera responsable una sexualidad sana, como complemento indispensable de un desarrollo armónico de la personalidad y de la identidad personal.

Objetivos específicos:

A nivel individual, pretende:

- 1- Implementar una educación afectivo-sexual integral, que mejore a nivel individual los tres aspectos básicos que la conforman: sexuación (conocimientos sobre el ser sexuado), sexualidad (vivencia), y erótica (expresión), y ello desde un enfoque actitudinal.
- 2- Facilitar actitudes positivas de no consumo de alcohol, y tabaco: enseñando habilidades sociales para afrontar la presión de grupo hacia el consumo de tabaco y alcohol; respondiendo de manera asertiva al intento de persuasión; realizando experimentos sobre dichas sustancias, y sobre los contextos de inicio; facilitando una autoestima positiva, y enseñando estrategias adecuadas de autocontrol emocional.
- 3- Facilitar actividades de ocio, deportivas... incompatibles con el consumo de tabaco y

alcohol.

A nivel de contextos sociales:

1- Desarrollar y/o potenciar organizaciones competentes que faciliten las competencias individuales:

- ofreciendo recursos a las redes ya creadas (fundamentalmente grupos de amigos, y también padres, profesores).

- facilitando el acceso a grupos y organizaciones ya creadas (asociaciones deportivas, culturales ...).

- y/o creando otras nuevas: redes de autoayuda.

De esta manera se pretende establecer una interacción constante, y a través del Proyecto, entre el grupo de profesionales que lo coordina y la comunidad (ver esquema *La Intervención Comunitaria*, I).

5. PROGRAMA JOVEN DE SEXUALIDAD EROS.

Desde el tercer año de funcionamiento del Proyecto Oroel se empieza a atender, por primera vez de manera específica, la educación afectivosexual; la experiencia, los contactos con la población en general y la juventud en particular, los estudios relacionados con el tema así como nuestro propio Estudio Diagnóstico de la Juventud de Jaca, nos hacían ver la importancia de la educación afectivo-sexual y por tanto la necesidad de que ésta constituyera un objetivo por sí mismo dentro de nuestro

Proyecto de Intervención Comunitaria en Salud.

Se crea así una Comisión encargada de este tema y la Comisión empieza a trabajar y estudiar sobre las posibles líneas de intervención.

Era necesario llevar a cabo una actuación en materia de sexualidad, eso estaba claro, lo que todavía no sabíamos era Cómo Hacerlo.

De la reflexión del grupo surgieron dos propuestas: la puesta en marcha de un teléfono de información sexual para jóvenes y una consulta directa, también para jóvenes. Se trataban éstas, de actuaciones que ya se venían realizando en otros puntos del país, con resultados bastante positivos. Teníamos ahora que adaptarlas a nuestro contexto, teniendo en cuenta también los recursos con que contábamos. Es así como, tras la revisión de estas propuestas, el grupo llegó a la conclusión de que, en nuestro aquí y nuestro ahora, no era factible la puesta en marcha de una consulta de atención directa. Nos quedamos con la idea del teléfono, y a partir de ahí, nos pusimos manos a la obra.

Estábamos en ese proceso cuando nos dimos cuenta de que había elementos que no nos permitían seguir adelante, no comprendíamos suficientemente el problema. Nos encontramos en un «nudo» del algoritmo de decisiones y necesitábamos solventarlo para poder continuar con el proceso.

Pero, ¿qué era lo que nos había pasado?:

- No conocíamos bien cuáles eran las inquietudes y necesidades de los jóvenes de Jaca en relación al tema afectivo-sexual: ¿estaban ellos interesados en un teléfono de información sexual?, ¿qué preguntas harían?, ¿qué temas les interesarían más?...
- La distinta procedencia de los miembros del Proyecto Oroel permitía tener una visión amplia de la sexualidad (aspectos médico-sanitarios, biológicos, psicológicos, sociales, educativos,...), pero a la vez hacía necesario la puesta en común entre todos los miembros del grupo, al objeto de unificar criterios, compartir conocimientos, puesta al día, etc.
- El conocimiento que teníamos de nuestro contexto comunitario (la ciudad de Jaca), nos hacía pensar en la conveniencia de realizar alguna intervención previa, al objeto de conseguir una sensibilización general con un tema tan tabú como todavía lo es el de la sexualidad⁷.

Una vez más el algoritmo de decisiones nos estaba ayudando.

Como sabemos, aunque este instrumento fue concebido con el propósito de facilitar la acción, también permite al profesional que piensa sistémicamente, optar por una actuación muy particulat; no hacer nada o retrasar la acción.

En nuestro caso, decidimos posponer la puesta en marcha del teléfono. Eran necesarias previamente otras actuaciones que quizás iban a preparar el camino para su posterior puesta en marcha, o que quizás iban a dirigirnos hacia otro tipo de intervención.

Es en este momento cuando nace la idea de lo que ahora llamamos Programa Joven de Sexualidad EROS.

Con este programa pretendíamos atender una necesidad conocida en la población joven de nuestra comarca y a la vez realizar un trabajo de sensibilización con padres/madres y profesorado, al objeto de que a medio-largo plazo fueran ellos los que asumieran el protagonismo de la educación afectivo-sexual de los jóvenes.

Así mismo, para el grupo de trabajo Oroel, el programa EROS constituía una forma de aproximación al campo de la sexualidad, en el que cada miembro tenía una formación muy distinta. La preparación de los programas de radio se iba a convertir en una herramienta importante de este proceso.

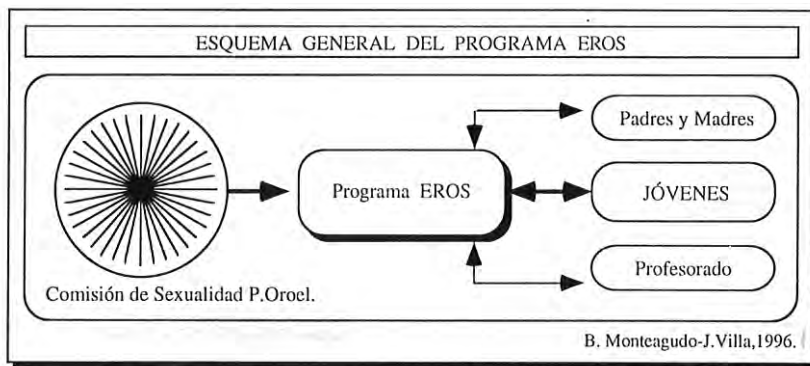
Una vez más el enfoque sistémico ayudaba a orientar nuestra intervención: al mismo tiempo que atendíamos una necesidad de los jóvenes, incidiríamos en la percepción que el profesorado y los padres/madres tienen de esta necesidad, así como en la percepción de la Comunidad en general; del mismo modo, utilizábamos esta acción para que el grupo de trabajo Oroel pudiera iniciar un proceso de unificación de criterios, puesta al día, etc., en materia de sexualidad, de hecho ésta era la primera vez que el Proyecto Oroel atendía de forma sistemática el objetivo de la educación afectivo-sexual.

Nuestra intervención estaría marcada por una percepción global del problema, así como por la importancia dada a la interacción de los elementos que conforman un todo.

.....
⁷ Como ejemplo de esta situación podemos mencionar la censura que sufrieron los ítems sobre sexualidad en el Estudio Diagnóstico de la Juventud de Jaca, por parte de algunas APAs de Centros de Enseñanza de Jaca.

5.1. ESQUEMA GENERAL DEL PROGRAMA EROS.

Partamos del siguiente esquema.



El Programa EROS es un instrumento del P. Oroel para dar respuesta a la Comunidad a una necesidad que de hecho existe, y que ha sido diagnosticada a través de diversas estrategias (cuestionario Oroel, comparación con otros estudios, grupos de discusión ...). Resulta importante señalar las dobles flechas que se establecen entre el programa y los sujetos usuarios, y especialmente con respecto a las y los jóvenes, a quien el programa va dirigido de una manera especial. Si bien es verdad que también va dirigido a la Comunidad en general, aunque en el esquema no se haya especificado.

Este Programa EROS usa fundamentalmente el medio radio: emisiones monográficas, con periodicidad semanal, y de una duración aproximada de 30 minutos/programa, en los que participan, además de los profesionales del Proyecto Oroel, adolescentes, y en algunos momentos padres-madres y profesorado.

El diseño de los programas radiofónicos era el siguiente:

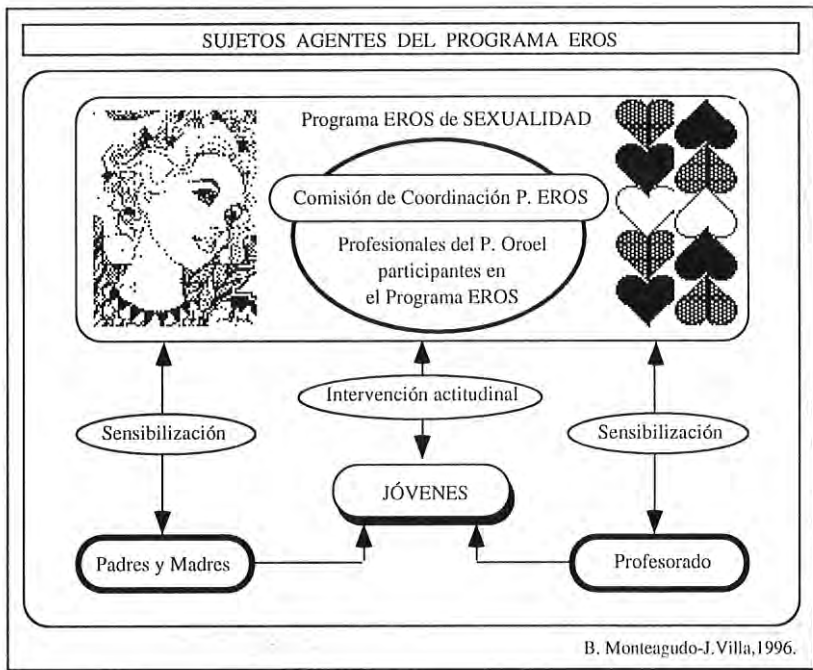
- Presentación: consta de cabecera, grabada por un grupo de jóvenes, y sintonía, compuesta específicamente por J. Villa.
- Informe técnico.
- Pequeños debates.
- Conclusión: resumen breve de las intervenciones.
- Consultorio: respuesta a preguntas formuladas a través de los buzones de sugerencias.
- Despedida y anuncio del tema de la semana siguiente.

Si las emisiones radiofónicas constituyen el medio principal, no por ello son las únicas intervenciones del Programa EROS; otras actuaciones han sido: inserción de artículos en prensa (principalmente prensa local), elaboración de material didáctico con el material procedente de las emisiones de radio, reuniones previas de preparación con comisiones

de delegados de curso de los Institutos, equipos directivos de Centros Escolares, APAs, Concejala de Acción Social, Coordinador del Centro de Salud, Casa de la Juventud,...

5.2. LOS SUJETOS AGENTES DEL PROGRAMA EROS.

A nivel del Proyecto Oroel, la comisión de coordinación está formada por las dos personas que han diseñado el programa: Beatriz Monteagudo y Joaquín Villa. Pero se implican la mayor parte de los profesionales de dicho Proyecto; se trata de un Programa a realizar de manera conjunta por el grupo motor del Proyecto Oroel.



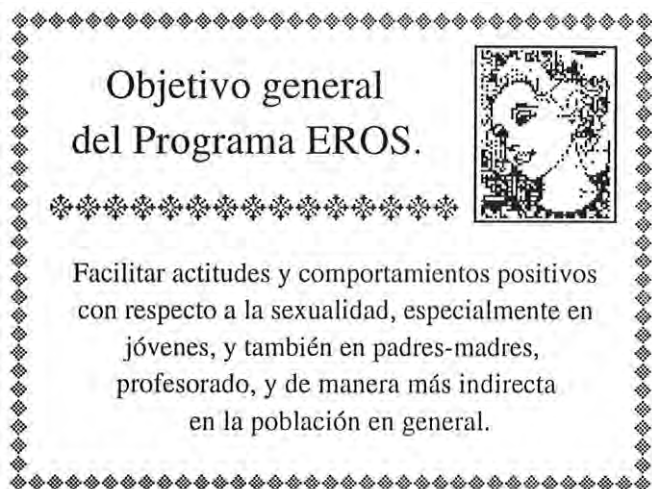
Podemos ver en el cuadro anterior, además, cómo existen **objetivos diversificados** con respecto a los distintos sujetos agentes:

- intervención actitudinal, con las y los jóvenes (luego se explicará más a fondo).
- y sensibilización con padres-madres, y profesorado.

La sensibilización de ambos colectivos debería contribuir positivamente, y a medio-largo plazo, a una mejor educación de la sexualidad no sólo en el grupo de jóvenes adolescentes, sino en toda la población escolar.

5.3. OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA EROS.

Facilitar actitudes y comportamientos positivos con respecto a la sexualidad, especialmente en jóvenes, y también en padres-madres, profesorado, y de manera más indirecta en la población en general.



5.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Ofrecer a las y los **jóvenes adolescentes** recursos y estrategias para que sean capaces de vivir una sexualidad más sana y positiva, No estamos hablando sólo de dar información, sino de algo más amplio y profundo: de intervención en actitudes.
- Sensibilizar a **padres-madres y profesorado** con la importancia de vivir una sexualidad sana, y con la idea de que ellos eíeben ser los verdaderos protagonistas de la educación afectivo-sexual (ver en el esquema anterior cómo las flechas ele la intervención sobre ambos colectivos acaban en el de las y los jóvenes).
- Facilitar en la **población de la comarca** una visión más sana de la sexualidad.

5.5. OPERATIVIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Nº Obj.	Aspectos del enunciado.	Operativización (especificación de acciones).
1.	1.1. Ofrecer recursos y estrategias:	<p>cA través de un programa radiofónico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -que responda a sus intereses más importantes (conocidos a través del cuestionario EROS). -en el que participan directamente los jóvenes. -y que se basa en la intervención actitudinal. <p>cDando respuestas a preguntas anónimas (<i>consultorio</i>), depositadas en varios buzones de sugerencias.</p> <p>cY a través de otras posibles acciones que puedan surgir como consecuencia de los programas radiofónicos.</p>
1.	1.2. Facilitar en las y los jóvenes una sexualidad más sana y positiva.	<p>cContemplando la sexualidad, en el diseño de cada programa de radio:</p> <ul style="list-style-type: none"> -como una dimensión amplia de la personalidad. -y de forma global, contemplando 3 aspectos diferenciados e interrelacionados: sexuación, sexualidad y erótica. <p>cY además conjugando la intervención actitudinal y esa visión amplia, positiva y global de la sexualidad.</p>
2.	2.1. Sensibilizar a padres y madres.	<p>cDando a conocer el diagnóstico, y contrastando el mismo en el seno de grupos informales.</p> <p>cAnimando a participar directamente en el programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -a personas de redes informales. -a las APAs. -y a otras comisiones y redes ya constituidas. <p>cOfreciendo un curso de formación específico para este colectivo.</p>
2.	2.2. Sensibilizar al profesorado.	<p>ca) En Sabiánigo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -ofreciendo el programa EROS a los institutos de Enseñanza Secundaria (dando opción a participar). -explicando dicho programa, cuando se solicite. <p>cb) En Jaca:</p> <ul style="list-style-type: none"> -dando a conocer el diagnóstico realizado a partir del cuestionario EROS. -animando a participar directamente (redes informales). -acordando vías de permanencia a medio y largo plazo: tutorías, algunas áreas... -ofreciendo material de apoyo: de cada programa de radio se elaborará un documento didáctico.
3.	Facilitar en la población en general una visión más positiva de la sexualidad.	<p>cFundamentalmente a través de la radio.</p> <p>cY también a través de otros medios y estrategias.</p>

5.6. EN QUÉ CONSISTE LA INTERVENCIÓN ACTITUDINAL.

Remitimos al epígrafe 3.2. Tan sólo señalar como ejemplo:

- Componente perceptivo-cognitivo: por un lado creencias, falacias entorno a la sexualidad, y por otro las fantasías sexuales.
- Componente emotivo-afectivo: lo que uno siente.
- Componente de predisposición conductual: besar o no saber si besar, hacer el amor o evitarlo...

5.7. UNA VISIÓN GLOBAL DE LA SEXUALIDAD HUMANA.

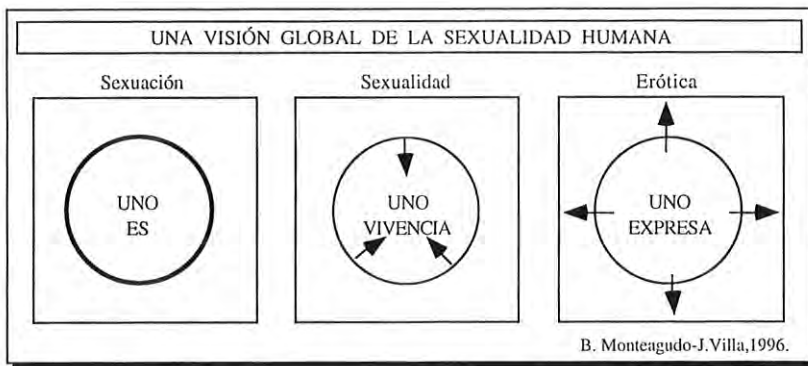
Hemos asumido, para el programa EROS, el concepto de sexualidad que defiende el INCISEX (Instituto de Ciencias Sexológicas), institución que ofrece suficientes garantías, ya que es la que forma a buena parte de los sexólogos de este país. Distinguimos tres aspectos básicos, pero interrelacionados, que definen en conjunto la sexualidad: sexuación, sexualidad y erótica. Veamos.

- La **sexuación** se refiere al hecho de que, desde la concepción, adquirimos una estructura que hace que cada cual seamos hombre o mujer; supone un proceso dinámico, que además posee momentos decisivos: embarazo (fecundación), pubertad ... Luego SEXO no es algo que se tiene, es algo que se ES.

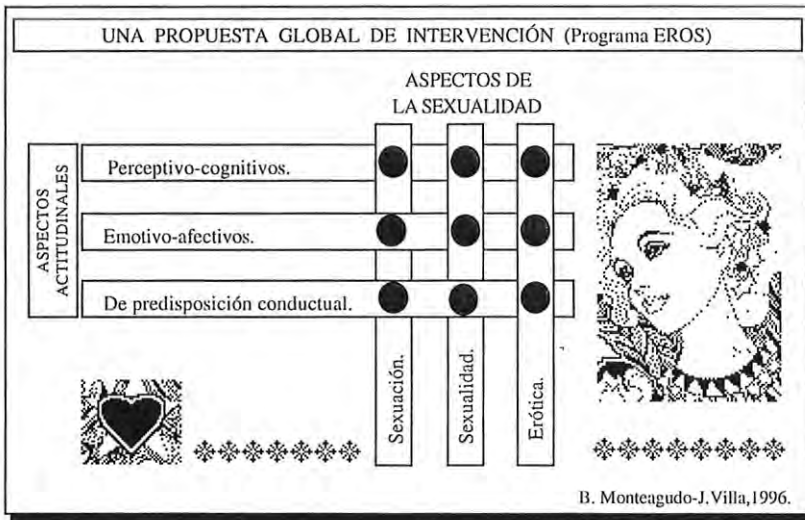
- La **sexualidad** es el resultado vivencial del proceso de sexuación, es la manera propia de verse, sentirse y vivirse como ser sexuado.

- La **erótica** es la expresión (conducta), como hombre o como mujer. Y debemos considerar la conducta en sus tres niveles de respuesta anteriormente ya enunciados: cognitiva, fisiológica y conductual. Las fantasías -lo decíamos antes- son un ejemplo respuesta sexual de tipo cognitivo.

En el esquema siguiente representamos gráficamente esta definición por la que apuesta el Programa EROS.



Finalmente, ya no resta sino integrar esta visión global de la sexualidad humana en la intervención actitudinal, y quedaría como representamos en el esquema siguiente.



La intervención tiene lugar, con estrategias diversificadas, en cada uno de los cruces de los ejes (marcados en el esquema por un pequeño círculo).

5.8. NUESTRA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN A TRAVÉS DE LA RADIO.

Una vez elaborada nuestra propuesta de intervención, tal y como queda reflejada en el esquema anterior, nos planteamos la necesidad de analizar la forma en que ésta iba a poder ser desarrollada, teniendo en cuenta el medio a través del cual se llevaría a cabo la intervención: la radio. ¿Cómo conseguir incidir en cada uno de los cruces de los ejes a través de unas emisiones radio-fónicas?

Si observamos el esquema del epígrafe 3.2. (La intervención actitudinal), vemos que la mayoría de las técnicas utilizadas para abordar cada uno de los componentes actitudinales, son técnicas grupales que difícilmente pueden realizarse si no es en el trabajo directo con un grupo.

Era necesario **adaptar** todo esto al medio radio.

Con este sentido se elaboró un documento⁸ interno que contenía diversas claves útiles para la preparación de los distintos programas de radio, algunas de las cuales exponemos a continuación:

A- Condiciones generales:

1- Expresar que se responde a las necesidades de los jóvenes:

- usar la 2ª persona del plural.

.....
8 VILLA BRUNED, Joaquín (1996). *Un secreto entre tú y yo*. Inédito.

- exteriorizar que respondemos a sus propuestas.

2- Dar credibilidad, sin caer en el rol de experto:

- afirmar, cuando venga a cuento, que todas la personas que participan en el Programa EROS son expertas en el tema.

- no cerrarse en el rol de experto sino abrirse a ellos, a los jóvenes: traduciendo términos, aclarando ideas.

3- Partir de sus creencias y avanzar a partir de ellas. Esta propuesta se basa en el marco teórico de la Tª de la Consistencia Cognitiva que viene a explicar que cuando alguien escucha una información que resulta inconsistente con sus creencias, éste se cierra en banda a fin de no poner en peligro su consistencia.

4- Usar términos correctos pero hacerlos comprensibles.

5- Respeto por la confidencialidad.

6- Poder social, de tipo modelizador: usar un caso real o un posible caso real para proponer un modelo deseable de conducta.

B- Condiciones de acuerdo al modelo de intervención:

En este caso desarrollamos, a través de ejemplos, las distintas formas en que podíamos abordar los tres aspectos de las actitudes junto con los tres aspectos de la sexualidad, es decir, las 9 dimensiones de nuestro modelo (cruce de los ejes), teniendo en cuenta que en cada caso habría que primar alguna de estas dimensiones.

Por ejemplo, para abordar aspectos de la sexuación desde un nivel cognitivo aportaremos conocimientos científicos en torno a la sexuación, sacaremos a la luz algunas creencias (muchos jóvenes creen que en la primera vez, la chica no puede quedarse embarazada,...).

Para abordar aspectos vivenciales, de forma emotiva, podremos usar un ejemplo real que ayuda a meterse dentro de él. También podemos usar un tono de confianza durante la lectura, expresar solidaridad (estoy seguro que muchas de las personas que ahora te están escuchando están contigo y te dan su apoyo...).

Si abordamos algún aspecto de expresión de la propia sexualidad -erótica- indicando una secuencia que facilite y predisponga a la conducta en sí, podemos hacer referencia a una habilidad concreta (importancia de mirar a los ojos de la otra persona), presentar un ejemplo en el que más que narrar, se describe una secuencia de acciones que el modelo realiza (p.ej. en una petición de cita: abstenerse de pedir la cita, al menos hasta pasados 10 min de interacción positiva con la otra persona, durante la interacción: mantener contacto visual, mostrar afecto, hacer cumplidos, ...).

En definitiva, por medio de una serie de ejemplos, mostramos cómo era posible incidir en los distintos cruces de ejes, al fin y al cabo, cómo podíamos realizar la intervención actitudinal en sexualidad a través del lenguaje radiofónico.

5.9. MECANISMOS DE RETROALIMENTACIÓN.

Por lo comentado antes se puede comprobar que el Programa EROS usa fundamentalmente el medio radio, pero no como un mecanismo unidireccional, sino como estrategia de intervención comunitaria, a través de la cual los sujetos objetivos del Programa se convierten a su vez en sujetos agentes. Para ello se han diseñado diversos mecanismos de retroalimentación:

- Creación de una comisión en cada IES (Instituto de Enseñanza Secundaria), encargada de hacer de puente entre nosotros y el resto de los alumnos, así como de conseguir jóvenes para que participaran en las emisiones y aportaran sus puntos de vista.
- La Comisión de uno de los IES se encargaba también, todas las semanas, de la colocación de los carteles monotemáticos (anunciadores de cada emisión radiofónica), así como de la recogida de las cartas dejadas en los buzones de sugerencias.
- Grabación de la cabecera para la emisión de radio con un grupo-clase de un IES.
- Reuniones de seguimiento frecuentes con las comisiones de alumnas-os (delgadas-os) en cada Instituto de Enseñanza Secundaria.
- Respuesta, a través de la radio, a las preguntas depositadas en varios buzones de sugerencias.
- Y la participación directa de todos los colectivos (alumnas-os, padres-madres, y profesorado) en las emisiones de radio.

A través de todos estos mecanismos pretendíamos convertir a la población objeto de nuestro Programa, en los verdaderos protagonistas del mismo.

5.10. ... y TAMBIÉN HUBO PROBLEMAS.

La sexualidad, no cabe ninguna duda, sigue siendo un tema tabú. Preveíamos problemas, y el tipo, pero no cuáles. A medida que fueron apareciendo fuimos confirmando nuestras expectativas, y usando estrategias pasivas, ya que lo que pretendíamos, por encima de todo, era seguir adelante, y poco a poco ir estableciendo una línea seria con respecto a la sexualidad, lo que iba a llevar a mucha gente a apoyar las acciones.

Precisamente la existencia de estos problemas⁹ vinieron a confirmar la necesidad de abordar el tema de la educación afectivo-sexual en una comunidad como la de Jaca, es decir, vinieron a justificar la necesidad de un programa como el Programa EROS que se planteaba entre sus objetivos el de la sensibilización de la Comunidad en general.

Por otro lado, esas dificultades sirvieron para que en la misma comunidad se estableciera un debate en torno al tema; lo que no sólo nos servía a nosotros como publicidad para nuestro Programa, sino también como instrumento para conseguir la ya mencionada sensibilización y en última instancia, una visión más sana de la sexualidad. Al mismo

.....
⁹ Presión desde distintos sectores para que no se emitiera el Programa EROS, dificultad a la hora de colocar carteles en establecimientos e incluso calles de Jaca, imposibilidad de emitir el programa de radio en directo,...

tiempo, todo esto se lograba en un marco en el que la propia comunidad era la protagonista de su proceso de cambio, nosotros como profesionales sólo éramos los facilitadores de ese proceso.

5.11. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EROS.

Difícilmente pueden verse los resultados obtenidos tras el corto período de funcionamiento del Programa EROS (dos meses y medio), por ello nos planteamos evaluar sólo ciertos aspectos del Programa, que pudieran servirnos para conocer la repercusión del mismo en el sector al que nos dirigiáramos de una manera especial, los/las jóvenes; para esto utilizamos un cuestionario (Cuestionario Psique) que indagaba sobre aspectos como: cuántos programas de radio habían escuchado, utilidad de los programas, puntuación a cada parte de los programas, deseos de continuación para curso próximo. Se trataba fundamentalmente de ver qué aspectos tendríamos que modificar para el curso siguiente.

En cualquier caso, la aplicación del Cuestionario Psique no cumplió los requisitos mínimos (por final de curso, épocas de exámenes, prevacaciones) por lo que los resultados han de interpretarse con excesivas precauciones. Algunas de las conclusiones que podemos destacar son:

- Las chicas son las que más programas han escuchado. Probablemente la creencia de ya saberlo todo está más arraigada en ellos que en ellas.
- Los programas han resultado más útiles para ellos. Parece que las mujeres son más exigentes. Esto mismo nos seguiría apuntando en la dirección de que los chicos poseen más arraigada la creencia de saberlo todo, mientras que las chicas tienen más criterios para poder valorar la utilidad.
- Más de un 60% de chicos y casi un 80% de chicas quieren que el Programa EROS continúe durante el curso 96-97.

Por otro lado, con los datos obtenidos a través de conversaciones informales, reuniones, observaciones, se analizaron en el equipo otros aspectos interesantes, obteniendo las siguientes conclusiones:

- El Programa EROS había tenido un efecto algo inesperado: había sido bastante útil a una buena parte de gente adulta. Incluso en alguna ocasión se nos felicitó en nombre de alguna asociación.
- Existe cierta percepción colectiva en una parte de jóvenes de que el

Programa EROS no aporta elementos novedosos, o de que trata de temas suficientemente conocidos. Uno de los errores del Programa EROS ha sido no tener en cuenta esa creencia de saberlo todo que existe de forma generalizada en una parte de los jóvenes.

- Los canales de comunicación entre nosotros y los jóvenes (alumnos de los dos IES de Jaca) no han sido suficientes, en muchos momentos la información no les ha llegado, quedándose ésta en el eslabón intermedio: el grupo que formaba la Comisión responsa-

ble de cada IES.

- El hecho de que disminuyeran las presiones iniciales y el hecho de que bastantes personas adultas se definieran con una postura de apoyo al Programa, indicaba que el efecto global del mismo había sido progresivamente positivo.

5.12. PARA TERMINAR

Tan sólo quisiéramos aquí llamar la atención sobre las dificultades que implica intervenir en actitudes a través de un medio como la radio, sin embargo, eso es lo que hemos intentado, cuidando al máximo los guiones de los programas en los que, como ya hemos explicado, se adaptaron las técnicas conocidas de intervención actitudinal al lenguaje radiofónico. En cualquier caso, aún seguimos trabajando en este sentido, ya que, la distinta procedencia profesional de los miembros del Grupo Oroel, al mismo tiempo que enriquece, supone un obstáculo que da lugar a la necesidad de un trabajo continuo de retexión y puesta en común.

Por último, quisiéramos señalar que el Programa EROS constituye sólo un eslabón más en el proceso que pretende conseguir que la educación

afectivo-sexual se encuentre en manos de los que deben ser sus verdaderos protagonistas: la familia y la comunidad educativa.

BIBLIOGRAFÍA.

BERMÚDEZ, José. (1992). **Psicología de la Salud: Programas preventivos de intervención comunitaria**. Master en Terapia de Conducta. Madrid. UNED-Fundación Universidad Empresa.

BERTALANFFY, L./ROSS, W/ WEINBERG, G.M. y otros. (1987, 3ªreimpres.). **Tendencias en la teoría general de sistemas**. Madrid. Alianza.

CARROBLES, José Antonio. (1985). **El modelo comunitario y la posibilidad de integración de diferentes modelos: punto de vista ecléctico**. En Análisis y Modificación de Conducta, tomo 11. UNED.

CARROBLES, José Antonio (1992). **Psicología de la Salud: definición y perspectivas**. Conferencia 11 de Abril de 1992, Master Terapia de Conducta. Madrid.

COSTA, M. (1984). **La psicología en la comunidad**. En MISMO AUTOR: **La psicología como ciencia**. Madrid. Ayuso.

COSTA, Miguel / LÓPEZ, Ernesto. (1989). **Salud Comunitaria**. Barcelona. Martínez Roca.

COSTA, Miguel / LÓPEZ, Ernesto. (1982). **La Psicología Comunitaria: un nuevo paradigma**. Papeles del colegio, 2, 17-22.

CHAPDELAIN, A / COSSELIN, P (1992). **La salud contagiosa: pequeño manual para hacer**

la salud comunitaria. Madrid. Díaz de Santos.

FERRARI, Anna (1991, a). **La escuela promotora de la salud.** Conferencia inaugural de las I Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud en la Escuela. Zaragoza, 28 de Noviembre de 1991. En Actas de dichas jornadas. Zaragoza, DGA-MEC.

FERRARI, Anna (1991, b). **La promoción de la salud en la infancia y adolescencia: un proceso complejo.** En VARIOS AUTORES: **La Educación para la Salud: propuestas para su integración en la escuela.** Zaragoza, Departamento de Sanidad, DGA / Dirección General de Salud Pública.

MATTARAZZO, J.D. (1987). **Psicología: no hay muchas especialidades, sino distintas aplicaciones.** Papeles del Psicólogo, 38,19-27.

MÉNDEZ CARRILLO, F.X. / MACÍA ANTÓN, D. / OLIVARES RODRÍGUEZ J. (1993). **Intervención conductual en contextos comunitarios. Programas aplicados de prevención.** Pirámide.

MONTEAGUDO DEL RIEGO, B. / VILLA BRUNED, J. (1996). **EROS. Programa Joven de Sexualidad.** Inédito.

PÉREZ PAREJA, F. J. (1993). **Descripción de variables conductuales y su relación con la prevención inespecífica en niños en edad escolar (EGB).** En MACÍA ANTÓN, D. / OLIVARES RODRÍGUEZ J. / MÉNDEZ CARRILLO, F.X.: **I Intervención Psicológica: programas aplicados de tratamiento.** Pirámide.

SAMPAIO-FARIA, J.G. (1992). **Europa en el año 2.000: hacia un lugar para la Salud Mental.** Ponencia del 11 Congreso del Col. Oficial de Psicólogos 17-21 Abril, 1990. Valencia. Papeles del Psicólogo, nº 53,22-28.

SAN MARTÍN, H. / PASTOR, V. (1984). **Salud comunitaria. Teoría y práctica.** Madrid. Díaz de Santos.

SANTACREU, J. (1991). **Psicología Clínica y Psicología de la Salud: marcos teóricos y modelos.** Revista de Psicología de la Salud, 3 (1), (pp. 3-20).

SIMON, M.A. 1993. **Psicología de la Salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención.** Pirámide.

VARIOS AUTORES (1986). **Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia internacional sobre la promoción de la salud.** 17-21 de Noviembre de 1986. Ottawa (Ontario), Canadá. OMS / Salud y Bienestar Social de Canadá / Asociación Canadiense de Salud Pública.

VEGA VEGA, J.L. (1986). **Psicología de la Educación. Diccionario de Ciencias de la Educación.** Madrid. Anaya.

VILLA BRUNED, Joaquín (1992, b). **El enfoque sistémico: una reflexión paralela a la intervención.** Inédito.

VILLA BRUNED, Joaquín (1995). **Amanece en Lontananza, I.** Inédito.

VILLA BRUNED, Joaquín (1995). **El Disfrutar de la Vida. Sobre la intervención comunitaria.**

ria en salud. Inédito.

VILLA BRUNED, Joaquín (1996). **Un Secreto entre tú y yo.** Inédito.

ZAX, M. / SPECTER, G.A. (1978). **Introducción a la psicología de la comunidad.** México. El Manual Moderno.

Proyecto OROEL de Intervención Comunitaria en Salud. Estrellas que saben reír. Memoria Final Año IV (curso 1995-96).

Proyecto OROEL de Intervención Comunitaria en Salud. Un nuevo horizonte. Proyecto de Investigación Año V.

Paro, trabajo y desigualdad al final del milenio

J. Enrique Medina Castillo

Abogado en ejercicio y profesor de Derecho Administrativo de la E.U.T.S. de Málaga

Resumen

Una característica común a las economías capitalistas del final del milenio es la masiva existencia de un gran número de desempleados y la proliferación de formas de contratación precaria carentes del grado de protección social que había definido las relaciones laborales hasta la década de los setenta. Asociado a ella, se aprecia un aumento de la pobreza de un, cada vez más importante, sector de la población del primer mundo que carece de trabajo y vive en la marginación y la desesperanza. Las políticas neo liberales, inspiradas en la reducción de las prestaciones sociales, han generado un proceso de dualización y exclusión social que afecta a un creciente número de personas obligadas a vivir en la incertidumbre y la indigencia, lo que es causa de una creciente inestabilidad social y violencia que ha sembrado la confusión entre los estudiosos de la psicología social.

I.- LA “EDAD DE ORO” DEL PARO Y LA DESIGUALDAD.

En las tres últimas décadas, el mundo ha cambiado drásticamente, las premoniciones acerca de un mundo sin trabajadores¹, han empezado a hacerse evidentes, y se convierten rápidamente en un problema de orden público en todas las naciones industrializadas. La tercera revolución industrial fuerza una crisis económica de ámbito mundial de proporciones monumentales, debido a que millones de personas pierden su trabajo a causa de las innovaciones tecnológicas, a la par que el poder adquisitivo de los salarios se desploma.

Adentrarnos en el estudio del empleo hoy, en el marco de una economía global, requiere una visión previa de la situación del mercado de trabajo en el mundo, para lo cual,

.....
¹ Las premoniciones sobre la desaparición del trabajo humano y sus sustitución por la automatización, han sido constantes desde el inicio del desarrollo industrial, según se sabe. Ya Hegel, en sus: Principios de la filosofía del derecho, escribía: ‘La abstracción de la producción hace el trabajo cada vez más mecánico, y al fin, es posible que el hombre sea excluido de él y que la máquina lo sustituya’. Por su parte, K. Marx, partiendo del análisis de la inevitabilidad de la sustitución del trabajo humano por el trabajo mecanizado, denunciaba los perversos efectos que, bajo el modo de producción capitalista, esa sustitución producía en la clase obrera: ‘Allí donde la máquina conquista gradualmente un campo de producción, provoca la miseria crónica en las capas obreras que compiten con ella. Y si la transición es rápida, los efectos se dan en masa y tienen un carácter agudo’. El Capital. op. cit. Tomo I. Sección cuarta, p. 382. Más cercana en el tiempo, la opinión del padre de la cibernética, Norbert Weiner: The Human Use of Human Beings: Cybernetics and Human Beings. Bastan 1950; Pierre Naville: ¿Hacia el automatismo social? Edil. FCE. México 1965; y Pierre-Jean Richard: Los robots. Edit. FCE. México 1985; coincidían con la idea de un futuro sin trabajadores, en el que las máquinas han sustituido la capacidad productiva humana, ampliándola. Esas premoniciones se han ido confirmando con el transcurso del tiempo, y hoy, trabajos como los de J. Rifkin. El fin del Trabajo; Claus Offe: La Sociedad del Trabajo; A. Gorz: Metamorfosis del Trabajo y Guy Aznar: Trabajar menos para trabajar todos; entre otros, aportan datos absolutamente reales sobre la drástica reducción de la necesidad de trabajo humano.

hemos de partir de un dato esencial, la situación de la población activa, la distribución de la misma en los distintos sectores productivos y las desigualdades entre los distintos mercados de trabajo existentes.

La población activa del mundo se sitúa en la actualidad en torno a 2.500 millones de hombres y mujeres en edad de trabajar, casi el doble que en 1965. Para el año 2025 se calcula que habrá 1.200 millones más, es decir, una población activa de 3.700 millones de personas.

Del total de 2.500 millones de personas que trabajan en actividades productivas en todo el mundo, más de 1.400 millones viven en países pobres (ingreso anual per cápita inferior a 695 \$), otros 660 millones viven en países de ingreso mediano, y el resto, unos 380 millones, en países de ingreso alto (ingreso anual per cápita superior a 8.626 \$).

Ese espectacular crecimiento de la población activa ha sido geográficamente desequilibrado; de tal modo, que el aumento de la oferta de trabajo ha variado según la región, siendo del 40 % en los países del llamado primer mundo, el 93 % en Asia Meridional y el 176 % en el Oriente Medio y el Norte de África. Desequilibrio que va en aumento, ya que -consecuencia directa del desigual crecimiento demográfico-, el 99% del aumento de la población activa que se producirá hasta el año 2025, tendrá lugar en los países más pobres.

Al concentrarse el incremento de la población activa en las regiones más pobres, y de continuar el modelo de crecimiento y distribución de la riqueza actual, parece previsible que las condiciones de vida de los trabajadores de esos países no vayan a mejorar, sino al contrario, a empeorar, profundizando aún más las actuales desigualdades entre países ricos y pobres; de tal modo, que si en 1870 el ingreso medio per cápita en los países ricos era 11 veces superior al de los más pobres, en 1960 ya lo era 38 veces, y 52 veces más en 1985. De seguir esta tendencia, para el año 2015 los ingresos de los trabajadores en los países ricos será 76 veces superior al de los pobres, y 81,5 veces en el 2025².

Desigualdad de ingresos que se traduce en desigualdad de consumo; ya que, mientras en 1963 al 10 por ciento más pobre de la población mundial le correspondía el 2 por ciento del consumo total, el 10 por ciento más rico disfrutaba del 33 por ciento³.

De lo expuesto, se concluye que las dificultades para satisfacer las necesidades básicas humanas y mejorar las condiciones de vida a través del trabajo varían considerablemente de unos países a otros, aún a pesar de que el paro, el número de desocupados, como veremos, es mayor en los países ricos que en los pobres. Valga el dato de que una trabajadora textil de Alemania gana 18 veces más que en Kenia, aún ajustando las diferencias del poder adquisitivo de sus respectivas monedas⁴.

Es necesario señalar la existencia de otro nivel de desigualdad de los ingresos: el que se produce entre hombres y mujeres. Aún a pesar de que las mujeres de todo el Planeta

.....
² Datos extraídos de: Informe sobre el desarrollo mundial 1995. El mundo del trabajo en una economía integrada, elaborado por el Banco Mundial. Washington 1995. p. 11.

³ Datos extraídos de W. Beckerman y R. Bacon: The international Distribution of Income. Streetem 1970. p. 62

⁴ Vid. Banco Mundial: Informe sobre el desarrollo mundial 1995. El mundo del trabajo en una economía integrada. Washington 1995. p.13.

proporcionan las dos terceras partes del total de las horas de trabajo, y producen el 44 por ciento de los productos de alimentación, sólo perciben el 10 por ciento del monto global de los ingresos y poseen el 1 por ciento de los bienes⁵.

Desigualdad que no sólo es apreciable en el marco del desequilibrio existente entre países ricos y pobres, sino que es igualmente significativa dentro de cualquier país, donde las mujeres suelen estar subrepresentadas en los buenos empleos, trabajan más horas por menos dinero, lo hacen en condiciones de mayor inestabilidad, y ganan menos que los hombres aún realizando el mismo trabajo. Además, las mujeres constituyen el “núcleo esencial” de la economía “marginal”, “informal”, “sumergida”, junto a otros colectivos tradicionalmente marginados: inmigrantes, menores, discapacitados...

Otro dato de interés sobre el trabajo mundial, que explica la desigualdad de los ingresos entre unos y otros trabajadores, lo constituye la actividad productiva en la que se ocupan⁶.

También existen diferencias en el nivel de protección y de condiciones de trabajo entre trabajadores del centro y la periferia capitalista. Mientras en los países pobres, los trabajadores no tienen representación alguna y trabajan en condiciones insalubres, peligrosas o degradantes; en los países ricos, los sindicatos tienen una importante presencia en la empresa, y los niveles de protección social y laboral, de medidas de seguridad e higiene en el trabajo, van en aumento. Sobre todo, en aquellos países en los que los Estados del Bienestar han tenido un importante desarrollo, en los que el Estado ha intervenido en la regulación del mercado de trabajo.

No obstante, desde la década de los ochenta, el acoso de las políticas neoliberales están tratando de eliminar el intervencionismo estatal en el mercado de trabajo, que afectaría a unos 1.400 millones de trabajadores en todo el mundo⁷. El resto, hasta los 2.500 millones, carecen ya de políticas proteccionistas, constituyendo el modelo de relaciones laborales que pretende imponer la llamada “economía global” o “economía mundo”, característica de la nueva visión internacional del trabajo en la que la actividad económica, la producción, está fuertemente centralizada, concentrada en torno a un reducido número de empresas de carácter transnacional, la mayoría de las cuales tienen un nivel de negocios muy superior al Producto Interior Bruto de muchos países⁸.

I. 1.- El paro, una implacable epidemia fruto del “mercado”.

En las sociedades de principios del siglo XIX, era desconocido el desempleo en el

.....

⁵ Vid. Ramón Fernández Durán: *La explosión del desorden*. Edil. Fundamentos. 1993. p. 121.

⁶ En los países pobres el 61 por ciento de la población activa se concentra en la agricultura, sobre todo en explotaciones agrícolas familiares, el 22 por ciento se concentra en el sector rural no agrícola y el sector informal, y el 15 por ciento tiene contratos de trabajo. En los países de mediano ingreso, un 29 por ciento trabaja en explotaciones agrícolas, el 18 por ciento en actividades informales en las zonas rurales y urbanas, y el 46 por ciento tiene empleo remunerado en la industria y el sector servicios. Por su parte, en los países ricos la mayoría trabaja en el sector formal de la economía; aproximadamente el 4 por ciento en la agricultura, el 26 por ciento en la industria y el 60 por ciento en el sector servicios. Fuente. Banco Mundial. op. cit.

⁷ Vid. Banco Mundial: *El mundo del trabajo en una economía integrada*. Washington 1995. p. 7.

⁸ General Motors, la mayor empresa del planeta, mueve un volumen de negocios que tan sólo es superado por el Producto Interior Bruto de 15 países del mundo. Vid. Ramón Fernández Durán: *La explosión del desorden. La metrópoli como espacio de la crisis global*. Edil. Fundamentos. Madrid 1993. p.45, cit. Yves Gauthier: *La Crise Mondiale de 1973 a nos Jours*. Éditions Complexe. París 1989.

sentido moderno que actualmente conocemos. Existía el término, pero se refería a las actividades no remuneradas, la gente decía que estaba “desempleada” cuando realizaba actividades productivas fuera del mercado o recreativas. Conforme fue cambiando la estructura económica a lo largo del siglo, también cambiaron las implicaciones de la expresión “desempleo”, que adoptó un significado de “ocio forzoso”; es decir, de imposibilidad de encontrar empleo. Ya en la primera guerra mundial, el término había perdido su significado original y se utilizaba, exclusivamente, en el sentido antes expuesto⁹.

Por tanto, no es hasta finales del siglo XIX cuando empieza a hablarse del paro, como un fenómeno directamente unido a la industrialización, con la particularidad de que, además, el paro estaba asociado a la condición masculina y a los núcleos de concentración urbana, que era donde estaban asentadas las industrias y los talleres de manufacturas. El paro surge en esta época como una situación que distingue al “obrero” del “desocupado”, del “necesitado de la ayuda pública”, lo que justifica, precisamente, que a principios del siglo XX aparezcan los sistemas públicos de protección social sobre esa contingencia y el desarrollo de las políticas destinadas a crear empleo¹⁰.

La razón de que originariamente no tuviese ese significado, reflejaba el carácter de la economía familiar y la poli valencia de gran parte de la población trabajadora que cuando disminuía su demanda en cualquier actividad que desarrollara, se compensaba esa situación de pérdida de empleo mediante la dedicación a otras actividades como: la agricultura, hilado, tejido y reparaciones domésticas, las cuales conformaban un aglomerado de actividades dentro del hogar y para la propia subsistencia que enmascaraban la situación de desempleo. La producción fabril y la doméstica se mantenían en una situación de equilibrio que compensaba las pérdidas de demanda que se produjeran en el sector del trabajo por cuenta ajena, ocupándolas rápidamente en la producción de subsistencia del hogar¹¹.

Fue el desarrollo de la producción en serie y su difusión a lo largo del siglo XX, lo que provocó el deterioro del proceso de estabilización macroeconómica que hasta ese momento había existido entre productores domésticos y las primeras fábricas. Con la pro-

9 Sobre la aparición del paro, ver los estudios de: Robert Salais, Benedictine-Cresent y Nicolas Baverez: *L 'invention du chômage*. Presses Universitaires de France, collection 'Economie et liberté'; también. Alain Lebaube: *L 'emploi en miettes*. Hachette. París 1988.

10 La Organización Internacional de Trabajo (OIT) mostró desde el primer momento su preocupación por el creciente fenómeno del paro obrero, y así, desde la Convención de 29 de octubre de 1919 (concerniente al paro forzoso) concluida en la Primera Conferencia de la Organización, celebrada en Washington, instó a la unificación de la protección entre todos los países. En nuestro país tampoco faltaron iniciativas legislativas para luchar contra el paro en el primer tercio del presente siglo, valgan como ejemplo: el R. D. de 18 de marzo de 1919, con el que se inició/a política de previsión social contra el paro, obligándose el Estado a subvencionar a las 'Sociedades Mutuas Obreras' que estuviesen exclusivamente dedicadas a prevenir el paro. La Ley de Presupuestos de 1922 concedió un crédito al Ministerio de Trabajo para el establecimiento de un régimen oficial de seguros contra el paro. El Decreto del gobierno provisional de la República de 25 de mayo de 1931 y su reglamento de 30-9- 1931, introduce de manera definitiva, la necesidad de establecer un sistema de seguro contra el paro. Más tarde, la Ley de colocación obrera de 27 de noviembre de 1931 (desarrollada reglamentariamente el 6 de agosto de 1932); y la Ley de 25 de junio de 1935, que creó un organismo central de coordinación para luchar contra el paro (Junta Nacional contra el paro) encargado de coordinar los esfuerzos de la Administración y las Cortes para remediar el paro, tanto a través de la inversión pública y el otorgamiento de subsidios a los parados. Por Decreto de 13 de junio de 1935, se creó un Patronato nacional de socorros a los parados, encargado de coordinar la asistencia social de los mismos. Con el Decreto de 17 de enero de 1935, el control sobre todos los servicios de previsión existentes, pasó a depender del Instituto Nacional de Previsión.

11 Referencias concretas sobre esta situación, y centradas en el estudio de la economía estadounidense de principios del siglo XIX, en: Michel J. Piare y Charles F. Sabel: *La segunda ruptura industrial*. Edil. Alianza. Madrid 1990. pp. 109-111; Y Alan Dawley: *Class and Community: The industrial Revolution in Lynn*. Cambridge. Harvar University Press.1976.

ducción en serie y las grandes empresas, la producción industrial ocupó un papel central en la actividad económica, desplazando hacia la marginalidad -y reduciéndola sensiblemente- la actividad productiva doméstica, que ya no permitía compensar el desempleo industrial que periódicamente generaban las crisis económicas. A partir de ese momento, el mercado de trabajo pasa a convertirse en el mercado más sensible e inestable de todos los mercados capitalistas, puesto que la demanda de trabajo realizada por las empresas va a estar al albur de las expectativas de beneficios que pueda proporcionar la utilización del capital disponible, del nivel de producción, o inclusive del volumen de empleo deseado.

Es fácil comprender, que un mercado expuesto a tales vicisitudes tiene grandes posibilidades de precarización, máxime, cuando la existencia de desempleo constituye un seguro del predominio de los empleadores sobre los empleados a la hora de contratar y de establecer las condiciones de trabajo, por lo que la existencia de desempleo puede considerarse como una garantía del mantenimiento del status de poder y dominio consustancial a la organización institucional de la economía capitalista¹². Así se explica la resistencia de los empleadores a que el mercado de trabajo esté regulado. Un mercado en el que la libertad nace de la propiedad, convierte a los trabajadores -cuyo única propiedad es su fuerza de trabajo- en sujetos pasivos del “libre” intercambio. Sólo aquellos que disponen de la propiedad de los medios para producir (capital, maquinaria...) pueden ejercer efectivamente la libertad contractual, fundamento de la concepción capitalista del mercado.

A comienzos del siglo XX el nacionalismo económico había echado profundas raíces en muchos lugares del mundo, como consecuencia de que los ciudadanos llegaron al entendimiento de que su bienestar personal estaba en relación directa con el poder económico de su nación. Patriotismo y nacionalismo económico estaban indisolublemente ligados. Las naciones competían entre sí, y los trabajadores, desoyendo la convocatoria al internacionalismo proletario que realizara MARX, habían desarrollado un sentimiento mucho mayor de lealtad nacional. Sobre el campo de batalla de las ambiciones económicas nacionales, el trabajador industrial, aún cuando en su mayor parte provenía de otros países, era el nuevo soldado de infantería¹³.

Por el contrario, en los años noventa, consecuencia de la crisis de la producción en masa fordista, y la aportación de las nuevas tecnologías de la información, el capitalismo desarrolla otra estrategia productiva, en la que ya carece de importancia el lugar de procedencia de los productos, pierde importancia la vinculación geográfica de la producción, la producción se desvincula de la nación (deslocalización productiva). Además, las nuevas tecnologías permiten la reducción de la infraestructura productiva con el consiguiente abaratamiento de sus costes de instalación y por ende, de inversión de capital. La facilidad de trasladar la producción, con escasas dificultades técnicas y menores inversiones de capital, hacia lugares en la que los costes de producción sean más baratos, sitúa a las empresas en mejores condiciones de buscar el lugar más apropiado donde con-

.....
¹² Vid. J. Torres López: *Economía Política*, Madrid 1996, p. 341.

¹³ Vid. Robert a. Reich: *El trabajo de las Naciones*. p. 45. Señala Reich que en 1910, casi el 15 por ciento de la población polaca había emigrado hacia Alemania. En el caso de los EE. UU. hacia finales de 1870 entraba un promedio de 280.000 inmigrantes por año, y a finales de siglo la cifra superaba el millón anual. La emigración hacia EE. UU. fue especialmente significativa desde Irlanda e Italia. Su importancia fue tal, que el 1908 casi las tres quintas partes de los trabajadores asalariados habían nacido en el extranjero.

tinuar desarrollando una producción estandarizada y masiva. Esos lugares no son otros que los países donde hay bajos salarios y menores costes derivados del factor trabajo¹⁴.

Los bajos niveles de retribución de la fuerza de trabajo son la causa de las largas jornadas laborales existentes en los países de la periferia capitalista, y el resultado de la existencia de un gran ejército de reserva de mano de obra barata, poco cualificada, que (aplicando las estrictas reglas del mercado) permite a las empresas controlar con gran efectividad los salarios. Además, esos países suelen carecer de sistemas de protección social que amortigüen los efectos del paro: no hay sistemas de protección de desempleo, pensiones, ni tan siquiera, en muchos casos, la retribución durante los períodos de enfermedad. Se trata de países en los que está presente el “capitalismo salvaje” en su estado más puro, y que hace uso de su gran poder represivo para controlar esas condiciones de vida y de trabajo; sobre todo, porque no es factible recurrir a la integración de la población trabajadora vía consumo, salvo a unos ni ve les muy reducidos, pues de lo contrario, el modelo - la nueva división internacional del trabajo- no sería viable¹⁵.

Esta nueva estrategia del capitalismo, que ha dado lugar a lo que se ha denominado: “Economía Global”, “Economía Mundo”, ha supuesto la reestructuración del sistema productivo a escala mundial. Un proceso de internacionalización de la producción que ha sido posible gracias a la incorporación de las nuevas tecnologías de la información y el transporte, que han permitido que se acorten las distancias en todo el planeta. La reducción de costos del transporte y las comunicaciones han sido, por tanto, fundamentales para el desarrollo de esta nueva estrategia productiva¹⁶.

E l capitalismo ha tejido una red de empresas de ámbito transnacional, conectadas entre sí, que están reemplazando a las viejas estructuras piramidales centralizadas y que ha hecho que dejen de existir las compañías nacionales y los productos terminados de un país, puesto que las colaboraciones de producción se dan entre empresas de distintos países, y la producción se realiza en los lugares que crean más convenientes para su estrategia¹⁷.

Puesto que la producción industrial masi va requiere grandes contingentes de mano de obra, las empresas la han canalizado hacia aquellos lugares de la periferia capitalista, esencialmente hacia los países asiáticos, conocidos como los “cuatro tigres”: Corea del Sur, Taiwan , Hong-Kong y Singapur, los que a su vez, la derivan hacia otros países de

.....
14 El impacto de las nuevas tecnologías en el rediseño de las relaciones laborales, en: J. Enrique Medina Castillo: *Nuevas Tecnologías y relaciones laborales*. Telos n° 43. Septiembre-noviembre 1995. Edil. Fundesco.

15 Vid. Ramón Fernández Durán: *La explosión del desorden*. Ed. Fundamentos. Madrid 1993. p. 46.

16 En 1960 los costes de transporte marítimo equivalían a menos de un tercio de los de 1920. Y en lo que se refiere a las comunicaciones, la reducción de costes es aún mayor: el costo de una llamada telefónica internacional era en 1990 diez veces menor que en 1970, y en esa fecha, ya era menaren seis veces a lo que costaba en 1940. Vid. Banco Mundial: *El mundo del trabajo en una economía integrada*. Edit. Banco Mundial. Washington D.C. 1995. p. 59.

17 Roberl B. Reich: op. cit., lo explica con bastante claridad en un ejemplo concreto: cuando un norteamericano compra un Pontiac Le Mans a General Motors, inconscientemente está realizando una transacción internacional. De los 10.000 dólares que paga a General Motors, cerca de 3.000 van a Corea del Sur, donde se efectuaron los trabajos de rutina y las operaciones de montaje; 1.750 dólares van a Japón por la fabricación de los componentes de vanguardia (motores, eje de dirección e instrumentos electrónicos); 750 dólares a Alemania por el diseño y el proyecto de prototipo; 400 dólares a Taiwan, Singapur y Japón por los pequeños componentes; 250 dólares a Gran Bretaña por los servicios de marketing y publicidad; y cerca de 4.000 dólares pasan a los intermediarios estratégicos de Detroit, a los abogados y banqueros de Nueva York, a los 'lobbistas' en Washington, a las aseguradoras de todo el país, ya los accionistas de General Motors, que no todos son norteamericanos. p. 121.

su área (Thailandia, Malasia, Indonesia y Filipinas) por presentar costes salariales aún más reducidos. Hacia países de la periferia capitalista también se orientan los procesos productivos intensivos en energía y más contaminantes, ante el rechazo que tales producciones encuentran en el mundo desarrollado.

El resultado de todo ello es que el empleo, en aquellos procesos productivos más intensivos en manos de obra, se va reduciendo progresivamente en los países del “centro” del capitalismo, mientras legiones de trabajadores extranjeros son empleados por las empresas americanas, japonesas y europeas, en otros lugares del mundo. La fragmentación de los procesos productivos, que antes se producían en una sola unidad central (la gran fábrica), ha propiciado la reducción drástica del número de empleados hasta llevar a pronosticarse la existencia de un mundo futuro sin trabajadores, consecuencia de los procesos de reingeniería industrial que propician las nuevas tecnologías¹⁸. El premio Nobel Wasily LEONTIEF, ha advertido que:

Con la introducción de ordenadores cada vez más sofisticados, el papel de los seres humanos como factores más importantes de producción queda disminuido de la misma forma que inicialmente el papel de los caballos en la producción agrícola, para luego ser eliminados por la introducción de los tractores¹⁹.

I. 2.- Las características del desempleo en el final de siglo.

Es conocido, por la amplitud de estudios sobre el particular, que el desempleo en la sociedad capitalista de este final de siglo presenta una serie de rasgos que hacen del paro un fenómeno estructural que está afectando, de forma especial a determinados colectivos sociales, ahondando la situación de pobreza y marginación de un creciente número de ciudadanos. Paro que presenta los siguientes rasgos.

1.- Aun cuando el paro fluctúa a lo largo del tiempo, en la actualidad se está convirtiendo en un **fenómeno secular**, crónico, de las economías capitalistas desarrolladas²⁰. El desempleo constituye un fenómeno que se está haciendo permanente en nuestras economías en un doble sentido.

En primer lugar, porque se viene produciendo de manera reiterada desde la mitad de los setenta, perdiendo de esa forma el carácter coyuntural que a veces se le atribuye, para convertirse en un problema de carácter estructural ligado estrechamente al modelo de producción que lo genera, cuya eficiencia productiva, motivada en una gran medida por las innovaciones tecnológicas, hace innecesario el volumen global de horas de tra-

.....
¹⁸ J. Rifkin, analiza en un reciente libro: *El fin del Trabajo*. Barcelona 1996, el imparable proceso de eliminación de puestos de trabajo humano y su sustitución por sofisticadas tecnologías y procesos de reingeniería industrial avanzada que permiten hacer realidad el dorado y permanente sueño de las empresas: disponer de fábricas sin trabajadores. Para constatar tal extremo, Rifkin señala que más del 75 por ciento de la masa laboral de los países más industrializados está comprometida en trabajos que no son más que meras tareas repetitivas que pueden ser realizadas perfectamente por la maquinaria automatizada, los robots y los ordenadores cada vez más sofisticados, de donde, en los años venideros, y refiriéndose a los EE.UU., más de 90 millones de puestos de trabajo de los más de 124 millones existentes son potencialmente susceptibles de ser sustituidos por máquinas. Cfr.p. 25-26.

¹⁹ Wasily Leontief: *National Perspective: The Definition of Problems and Opportunities*. 1983, p. 3. cit, en: J. Rifkin. op. cit. p. 26.

²⁰ A pesar de que es un hecho ya sobradamente conocido y que expresan con rotundidad todos los indicadores internacionales, resultan muy interesantes sobre el particular, los estudios econométricos de Pierre-Yves Henin; P. Cahuc; M. Chambin; F. Collard; J.F. Jacques; T. Jobert; F. Langot y M. Pucci. en: *La persistance du chômage*. Edit. Economica. Paris 1993.

bajo humano que antes eran precisas para la producción de los bienes necesarios para cubrir las necesidades vitales, incluso en cantidades menores de las actuales²¹.

El progreso tecnológico de la segunda mitad de este siglo es, sin duda, el artífice de esa posibilidad. Valga como dato que en el año 1950 se fabricaba sólo una séptima parte de los bienes que se producen en la actualidad, siendo, a pesar de ello, muy inferior el número de horas de trabajo humano que han de invertirse para esa producción²².

Para conocer la auténtica dimensión del paro de un país, la pregunta es: ¿quiénes son los desempleados? La respuesta, hoy, parece obvia: todos aquellos trabajadores que no tienen ocupación productiva. No obstante, dentro del colectivo de desocupados que integran las estadísticas internacionales sobre el desempleo, no están incluidas todas las personas que no trabajan, sino sólo aquellas que con cierta edad y deseándolo, no encuentran trabajo. En consecuencia, es necesario establecer un criterio común que permita dimensionar el volumen de los desempleados. La mayor parte de las tasas de desempleo oficiales se calculan de acuerdo con la norma recomendada por la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), y que es la siguiente: **aquellas personas de más de cierta edad que durante el período de referencia no tienen empleo, están dispuestas a trabajar y de hecho buscan trabajo sin encontrarlo.**

Según esta definición, los desempleados por lo general constituyen un porcentaje relativamente pequeño de la población en edad de trabajar, aunque en los períodos agudos de reajuste económico, pueda incrementarse sensiblemente. Las estadísticas ignoran aquellos trabajadores que ya se han desalentado en la búsqueda de trabajo por falta de oportunidades, y aquellos otros que están subempleados; es decir, aquellos que no tienen un trabajo a jornada completa, no porque así lo deseen, sino porque no encuentran otra cosa.

Por tanto, si las estadísticas reunieran a todos ellos dentro de la categoría de desempleados, (desempleados propiamente dichos, desalentados y subempleados) por la subutilización de la mano de obra que todas esas situaciones representan, las cifras aumentarían de modo considerable.

Aún cuando, por lo expuesto, es difícil tener estadísticas fiables acerca del nivel real de desocupados en el mundo, según el Banco Mundial, representa el 5 por ciento de la población activa, esto es, en torno a 125 millones de personas.

Ateniéndonos a ese dato, el problema del desempleo no tendría la gravedad con la que se percibe, lo cual evidencia que no refleja claramente la realidad; por un lado, debido a que no existe una definición unitaria en los países sobre el concepto “desemplea-do” y además, existen grandes dificultades de medición; por otro lado, porque se excluyen del computo de los desempleados todos aquellos trabajadores subempleados o que

.....
21 Un informe de la International Metalworkers Federation, Ginebra 1989, sobre la evolución de la fuerza de trabajo, llegaba a la conclusión de que, dentro de treinta años, hará falta sólo un 2 por ciento de la actual fuerza laboral para producir los bienes necesarios para satisfacer la demandad total. Por su parte, Yoneji Masuda: *The Information Society as Post-Industrial Society*. Washington 1980. p. 60, pronosticaba que: “en el futuro inmediato la completa automatización de la totalidad de fas departamentos será un hecho. Y durante los próximos veinte años probablemente se podrán observar fábricas que no requerirán ningún tipo de trabajador manual”. cits, en: J. Rifkin. *El fin del trabajo*. op. cit. 29.

22 Vid. Comisión Mundial del medio ambiente y el desarrollo humano: *Nuestro Futuro común*. Edit, Alianza. Madrid 1988. p. 250.

se han desalentado en la búsqueda de empleo, especialmente en los países pobres²³.

En el Área de los países de la OCDE, en el año 1995, el paro se situaba en 35 millones de personas, triplicando con creces el número de parados que existían en los años 50 y 60, que tan sólo llegaba a 10 millones. El paro ha crecido sin cesar desde la década de los setenta, con tan sólo un leve intervalo temporal durante la década de los 80, en que, no obstante, el número de personas sin empleo alcanzó los 25 millones. Estas cifras oficiales, incluso se quedan por debajo de la realidad, ya que, siguiendo el informe de la OCDE sobre el empleo, podrían verse aumentadas hasta en un 50 por ciento, si se computa el subempleo existente en muchos de los países que la integran. En los países de la Unión Europea, el desempleo siguió, igualmente, una tendencia creciente a partir de la década de los setenta alcanzando en el año 1995 unos porcentajes en torno al 10- 11 por ciento de la población activa²⁴. En el caso de España, el desempleo llegó a alcanzar el 23,9 por ciento en el año 1993, el 24,3 por ciento en 1994, y el 22,9 por ciento en 1995²⁵.

En segundo lugar, el paro se ha cronificado, porque es un desempleo de larga duración, de manera que los períodos de paro son cada vez más prolongados²⁶, y en esa situación, dos tercios de las mujeres desempleadas llevan más de un año en desempleo, frente al cincuenta por ciento en el caso de los varones. Igual ocurre con el colectivo de desempleados menores de 25 años²⁷.

2.- El paro varía mucho más de unos ciclos económicos a otros que en los propios ciclos; es decir, las fluctuaciones en el número de parados se producen como consecuencia de los cambios estructurales que marcan los distintos ciclos económicos, en sincronía con las depresiones económicas -deflaciones-, a las que va asociado, mientras en los períodos que median entre los cambios de ciclo, las cifras de paro se mantienen en cierta estabilidad.

Una evidencia de esta afirmación es fácil hallarla en el hecho de que los niveles más altos de paro se han concentrado, por ejemplo, entre las décadas de 1920 y 1930, para hacerse prácticamente inexistente en las décadas de los cincuenta y los sesenta y experimentar un crecimiento continuo a partir de los años setenta²⁸.

3.- El paro no constituye una opción voluntaria de los trabajadores, sino que se ven

23 Por ejemplo, en Sudáfrica el desempleo total de la población negra se aproxima al 40 por ciento; en Bangladesh, la subutilización de la mano de obra es casi del 43 por ciento de la población activa; en Vietnam, casi el 10 por ciento de la población activa trabaja menos de 15 horas semanales, y no porque así lo deseen. Por tanto, si como dije, las cifras oficiales de desempleados se completan con los subempleados y los desalentados, el porcentaje de desempleados supera con creces el 5 por ciento de la población activa mundial, pudiendo llegar a duplicarlo. Vid. O.I.T.: El trabajo en el mundo 1994. Ginebra 1994. Capítulo 1. La situación mundial del empleo: tendencias y perspectivas; y Banco Mundial. op. cit. Capítulo 3: Hogares, crecimiento y empleo. p. 30-35.

24 OCDE: El empleo bajo el prisma de la OCDE, 1950-1995. OCDE 1994. p. 9-10.

25 En el segundo trimestre de 1996, el total de parados alcanzaba la cifra de 3.535.800 personas. Fuente: INE; INEM y EPA, Y Boletín del CES: Panorama Económico-Social de España, número 32, octubre 1996.

26 Remitiéndome a los datos de nuestro país, si a finales de 1976, sólo el 19,2 por ciento de los parados españoles llevaba más de un año en esa situación; en 1993 el 50 por ciento llevaba más de un año en desempleo. En 1976 sólo el 4, 7 por ciento permanecía más de dos años en paro, mientras que a finales de 1994 esta cifra supera el 55 por ciento. La duración media del desempleo en España durante los últimos años es de algo más de treinta meses, mientras en 1964 el 80 por ciento de los desempleados españoles lo estaban en períodos inferiores a los seis meses. Vid. Informes QCDE: Perspectivas del empleo 1994. Edit. M^o de Trabajo y S.S. Madrid 1994. p. 38.

27 Vid. CES: Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral 1995. op. cit. p. 167.

28 Datos estadísticos concretos sobre el paro en esos períodos, y las gráficas que lo representan en: R.Layard; S. Nickell y R. Jackman: El paro. Los resultados macroeconómicos y el mercado de trabajo. Edil. M^o de Trabajo y S.S. Madrid 1991. p.32-33.

compelidos forzosamente a esa situación, al ser despedidos de las empresas, al terminar su contrato temporal, o al no encontrar empleo tras la finalización de su período de formación en el caso de los jóvenes, cuyas particularidades veremos en otro apartado.

En España desde 1985 al 1993 el número de despedidos pasó de 278.478, a 378.792 trabajadores, experimentando un incremento del 35,98 por ciento²⁹. En 1994 el número total de despidos efectuados alcanzó la cifra de 284.742 personas y en 1995 un total de 247.742³⁰.

En lo que se refiere a los desempleados por haber terminado su contrato temporal, la evolución española ha sido la siguiente: en el tercer trimestre de 1993, del total de parados que habían trabajado anteriormente, un 61 por ciento se encontraba en paro tras haber concluido un contrato de duración determinada. En 1992, pasaron al desempleo por fin de contrato 1.008.200 personas, mientras al año siguiente, el número ascendió a 1.707.200³¹.

4.- El paro no afecta por igual a toda la población, sino que varía extraordinariamente dependiendo de la edad, de la ocupación, de la región, del sexo y de la raza.

El paro afecta de manera singular a determinados colectivos, entre los que cabe destacar las mujeres. En el caso de España, en 1993 las tasas de paro en las mujeres variaban, según la edad, en los siguientes porcentajes: en las adolescentes de 16 a 19 años, el 54,1 por ciento; en las jóvenes de 20 a 24 años, el 44,9 por ciento, y de 25 a 54 años, el 26,2 por ciento³².

Obviamente, cuando se mide el paro femenino se hace desde la óptica de la tasa de actividad y partiendo del concepto convencional de “trabajo” que excluye el tiempo dedicado a las actividades domésticas que no sean la agricultura. Puesto que si se computasen las horas que dedican las mujeres, en todos los hogares del mundo, al cuidado de los hijos y las tareas domésticas, las mujeres trabajan en todos los países más horas que los hombres, sobre todo cuando además participan en la economía de mercado. Tal conclusión revela que la meta de plena igualdad de oportunidades y de trato en el empleo para los trabajadores de uno y otro sexo no ha sido alcanzada en ninguna parte. A pesar del notable crecimiento de la fuerza de trabajo femenina en el mundo desde comienzos de la década de los setenta, la situación deja bastante que desear cuando se comprueba qué tipos y condiciones de empleo se ofrecen a las mujeres y cuáles son los puestos de trabajo que se ven obligadas a aceptar. Muy a menudo, la mayoría de las mujeres forman parte de lo que podría llamarse la fuerza de trabajo “ocasional” o de “refuerzo”, o sea la que componen los trabajadores dispuestos a aceptar contratos temporales o en régimen de dedicación parcial o cualquier otra actividad de empleo precario.

Las tasas de actividad femenina mundial comprenden una media del 41 por ciento

.....
29 Datos extraídos de *Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral española. España 1993*, realizada por el Consejo Económico y Social. Ed. CES, Madrid 1994. p. 90.

30 Vid. CE§.: *Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral 1995*. p. 189.

31 *Ibid.* Memoria CES. España 1993, p. 87.

32 *Ibid.* p. 79.

de todas las mujeres de quince años o más en edad de trabajar³³, mientras que la de los hombres, la duplica con creces. Un dato a reseñar es que la tasa de actividad de las mujeres cambia de manera significativa conforme avanza el desarrollo. Suele ser más elevada cuando la economía crece, ya que el mercado de trabajo les ofrece mayores posibilidades de encontrar empleo.

No obstante, tampoco puede escapar a nuestra observación un dato de singular interés, aún cuando el desarrollo industrial y el crecimiento económico aumenten la tasa de actividad femenina, las ocupaciones que se les ofrecen son de menor calidad que las que obtienen los hombres. En los países industrializados, la proporción de mujeres sujetas a regímenes de dedicación parcial en la fuerza de trabajo total variaba en 1990, entre el 90 por ciento en el caso de Alemania y Bélgica, y casi el 65 por ciento en los Estados Unidos, Grecia e Italia³⁴. Al mismo tiempo, el empleo de las mujeres tiende a concentrarse en ocupaciones supuestamente reservadas para ellas, que no ofrecen recompensas ni prestigio parecidos a aquellas en que prevalece la mano de obra masculina, siendo objeto además de discriminaciones retributivas ante actividades de similar, o incluso de igual naturaleza.

Además, el desempleo afecta también de un modo especial a otros colectivos como los jóvenes, las minorías étnicas, y los desempleados de larga duración. En el caso de los jóvenes, las tasas de paro en todos los países son sistemáticamente más altas que las de los adultos. En algunos casos, hasta tres veces más, como ocurre en Italia, Japón, Noruega y Estados Unidos. Del mismo modo, es significativo que la incidencia del paro en los jóvenes es inversamente proporcional a su formación, de tal modo, que los jóvenes que tienen un menor nivel de cualificación o estudios más bajos, no sólo tienen, por lo general, unas tasas de paro más altas, sino que también son más afectados por el paro de larga duración³⁵.

En España, en 1993 la tasa de paro entre los jóvenes de entre 20 y 24 años, ascendía al 37,1 por ciento, y en el de los adolescentes, de 16 a 19 años, llegaba al 47,3 por ciento³⁶. En 1994, la tasa de paro de los jóvenes de entre 16 y 24 años, era del 45,2 por ciento, y en 1995 había descendido al 42,5 por ciento³⁷.

.....
33 Entre 1970 y 1993, la tasa de actividad femenina ha evolucionado del siguiente modo en los distintos países del mundo: En los países de la CEI de/62,5 8/60,6 por ciento; en Asia Oriental de/63,5 a/65, 9 por ciento; en América del Norte del 41,2 a/49, 9 por ciento; en Asia Sudoriental de/49,4 a/47,4 por ciento; en África al Sur del Sahara del 58,8

Al 51, 5 por ciento; en Australia, Europa, Japón y Nueva Zelanda de/41,9 al 45,7 por ciento; en Oceanía del 39,5 a/46 por ciento; en América Latina y el Caribe del 22,9 a/29 por cien/o; en Asia Meridional del 31,3 al 25, 2 por ciento; en Asia Occidental del 20,1 al 18,5 por ciento y en África del Norte del 6,1 al 8,9 por ciento. Fuente OIT: El Trabajo en el Mundo 1994. op. cit. p. 37.

34 Fuente: OIT: El Trabajo en el Mundo 1994. op. cit. p. 31.

35 Cfr. Informes OCDE: Perspectivas de Empleo 1994. Edit. M° de Trabajo y s. s. Madrid 1994. p. 78-79.

36 Datos extraídos del Consejo Económico y Social: Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral. España 1993. Edit. CES. Madrid 1994. p. 79.

37 Vid. C.E.S.: Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral. España 1995. p. 154, datos, a su vez, extraídos de la Encuesta de Población activa del INE. Un estudio multidisciplinar sobre los problemas a que se enfrentan los jóvenes en su entrada y posterior permanencia en el mundo laboral, en: AA. W.: Juventud, Trabajo y Desempleo. Un análisis psicosociológico. Edil. M°J de Trabajo y S.S. Madrid 1989. Un estudio analítica del funcionamiento del mercado de trabajo juvenil, en: OCDE: El paro juvenil. Causas y consecuencias. Edit. M° de Trabajo y S.S. Madrid 1980. Un examen de las políticas de empleo en favor de los jóvenes seguida en Alemania, Dinamarca y EE. UU., en: O.C. D.E.: Jóvenes sin empleo. Tres estrategias. Edil. M° de Trabajo y S.S. Madrid 1984.

I. 3.- Los perniciosos efectos del desempleo.

El desempleo produce un gran deterioro del mercado de trabajo. Se discrimina en favor de los ya empleados, que suelen gozar de ventajas adicionales para promocionarse y ocupar otras vacantes, y, sobre todo, provoca una gran indefensión a los trabajadores, que se ven obligados a captar condiciones contractuales mucho menos ventajosas. De ahí, por ejemplo, que a medida que ha aumentado el desempleo se haya multiplicado el número de contratos temporales, hasta el punto de que en la actualidad más del noventa y cinco por ciento de los nuevos contratos de trabajo firmados en España, sean de las distintas modalidades de contratación temporal existentes, alcanzando el 35 por ciento de toda la contratación laboral³⁸.

Todo ello contribuye a hacer realidad aquella afirmación relativa a que la existencia de una gran bolsa de parados hace que el empleo, cuando existe, sea extraordinariamente precario, con renuncia incluso a los más elementales derechos sociales y, desde luego, a la estabilidad necesaria para que el trabajador/a goce de un mínimo de seguridad en su vida.

Como consecuencia de todo ello y paradójicamente, la sociedad actual -en que la generalización de la inseguridad, el miedo de perder el puesto de trabajo y descender un escalón más en la escala social, el miedo a la indigencia- hace crecer la disponibilidad hacia el consenso en la población³⁹. Habrá mayor posibilidad de consenso cuanto mayor sea la inseguridad. En esa línea se desenvuelve el pensamiento que quiere suprimir el automatismo de los derechos sociales, a fin de que la desocupación y la miseria convie.1a a los sujetos en simples mendigos objeto de asistencia, en lugar de sujetos de derecho.

Por otro lado, los períodos de desempleo desaniman a los trabajadores, desincentivan su reciclaje profesional y comportan graves problemas de estabilidad emocional y vital⁴⁰, lo que provoca, que el desempleado esté cada vez en peores condiciones para acceder a ofertas de trabajo y más incitado a considerarse marginal respecto al mercado de trabajo. Ante la falta de esperanzas de encontrar empleo, existe el peligro de caer en la autodestrucción, bien a través de las drogas o del alcohol, como de la propia desestructuración de la personalidad que supone el sentimiento de inutilidad que la pasividad productiva lleva asociada, y que ha llevado a manifestar que el paro es igual a deterioro de la salud. Estudios comparativos realizados entre trabajadores que acababan de perder su empleo con otros que ya llevaban en paro largos períodos, llegaron a la conclusión de que, en estos últimos, se habían apreciado indicadores de peor salud mental como: estados de depresión, estrés, ansiedad, insatisfacción, infelicidad, infravaloración, insomnio, pérdida de relaciones sociales, aislamiento personal incluso respecto del propio círculo familiar... Situaciones que en muchos casos les lleva a comportamientos neuróticos⁴¹.

El desempleo no sólo da lugar a gravísimos problemas humanos, sino que es una

.....
38 Vid. CES: Memoria 1995. op. cit. p. 162. Gráfico J-5 y Cuadro II-8.

39 Vid. Oskar Negt: *Tempo e lavoro*. Edizioni lavara. Roma 1988. pp. 43 y 109.

40 Un estudio sociológico acerca de la propia concepción que tienen los parados de su situación, en: R. Modesto Escobar: *La identidad social del parado*. Edit. Mº de Trabajo y S.S. Madrid 1989.

41 Vid. Gabinete de Salud Laboral de CC.OO.: *Consecuencias psicosociales del desempleo, y también, el Estudio elaborado por la Secretaría Confederal de Empleo de CC.OO.: El paro de larga duración en España*. Madrid 1993.

fuerza inmediata de deterioro económico y productivo. Los subsidios de desempleo y las transferencias sociales de todo tipo que los gobiernos realizan para tratar de paliar estas situaciones no suelen comportar más que gastos públicos adicionales; éstos no permiten reactivar la dinámica del sistema productivo que ha expulsado a los parados mientras que aumentan el déficit público y multiplican los esfuerzos financieros improductivos⁴².

Además, la proliferación de grandes bolsas de desempleados provoca la constitución de verdaderos ejércitos de ciudadanos de segunda fila que no pueden ejercer derechos humanos esenciales a la vida y al trabajo, y que deben malvivir, bien en las alcantarillas de la economía sumergida, en condiciones de precariedad absoluta, o contemplando inactivos el desarrollo de una economía que le es ajena y que se caracteriza, por el despilfarro de tiempos, de medios, de recursos, e incluso de vidas humanas⁴³.

Por último, las altas tasas de desempleo han conducido a un aumento espectacular de las tasas de criminalidad y violencia en todos los países desarrollados⁴⁴. La creciente desigualdad salarial, el dualismo social característico de esta nueva fase de economía global, también ha supuesto una importante incidencia en la criminalidad y la violencia⁴⁵.

.....
42 En España, en 1994 se destinaron más de dos billones de pesetas (2.029. 600 millones de pts.) en subvencionar las prestaciones de desempleo. Aún cuando en el año 1995 el recorte presupuestario rebajó dicha cifra en casi medio billón de pesetas -con el indudable malestar social que ello produjo-, la suma continuó siendo importante: 1.680.312 millones de pts. Fuente: C.E.S.: Memoria 1995. op. cit. p. 314. Cuadro 11-39, utilizando datos facilitados por la Subdirección general de Prestaciones del INEM.

43 Vid. J. Torres López: Economía política. op. cit. p. 339.

44 El estudio de los economistas de la Universidad de Utah, M. Ferva y R. Fowles: *Effects of Diminished Economic Opportunities on Social Stress*. Washington 1992, señala que en los EE. UU. un crecimiento de un 1 por ciento en el desempleo se traduce en un crecimiento del 6,7 por ciento en los homicidios, de un 3,4 por ciento en los crímenes violentos y de un 2,4 por ciento en los delitos contra la propiedad. Estudiando las treinta áreas metropolitanas más importantes de los EE.UU. llegaron a la conclusión de que, entre mediados de 1990 y mediados de 1992, el crecimiento en el desempleo de un 5,5 por ciento a un 7,5 por ciento, tuvo como resultado un aumento de 1.459 homicidios, 62.607 crímenes violentos (incluyendo robo, asalto a mano armada y asesinato) y 223.500 delitos contra la propiedad (incluyendo robo, hurto y robo de vehículos a motor), cit. en J. Rifkin. op. cit. pp. 249 Y ss.

45 En España, la población reclusa ha ido en continuo crecimiento desde el año 1983, en que habla un total de 22.474 presos, 12.982 de ellos, preventivos; disparándose definitivamente a partir de finales de la década, hasta alcanzar en el año 1995, la cifra de 46.655 reclusos, 24.243 de ellos, preventivos. Fuente: Secretaría General de Asuntos penitenciarios. M^o de Justicia e Interior. Por su parte, a finales de 1992, el número de estadounidenses encarcelados en prisiones estatales o federales, habla ascendido a 59.460 personas más que el año anterior, confirmando una tendencia alcista desde la década de los ochenta. El grado de frustración social y de desesperación de los reclusos, fue muy bien expresada por George Dismukes: *Life on the Shelf*. Newsweek, 2 de mayo de 1994. p. 14, preso que se encuentra cumpliendo una condena por asesinato en las cárceles federales de EE. UU. Expresaba del siguiente modo la rabia y desesperación de la mayoría de la población carcelaria americana: "Nosotros, la población penitenciaria somos la vergüenza de América. Aquí el verdadero crimen es vuestra locura. Millones de personas en esta tierra languidecen abandonados, olvidados ... La sociedad no puede emplearlos en el exterior, con lo que paga para mantenerlos encerrados, fuera de su vista, sin oportunidades de rehabilitación espiritual ... Yo os digo a vosotros, vanidosos y satisfechos: tened cuidado ... Nuestro número está creciendo, nuestro coste se incrementa rápidamente. Construir mayores y mejores... prisiones ya no es la solución a las razones que se esconden detrás de los problemas y de la locura. Sólo provoca que los gritos sean más fuertes y que las consecuencias finales sean más terribles para todos cuando, por fin, ocurra". cit. en J. Rifkin. op. cit. pp. 249-250.

El desempleo de la juventud, especialmente afectada por la pérdida de oportunidades de empleo en la sociedad neotecnológica, es igualmente causa de la creciente violencia juvenil. La emergencia de “tribus urbanas” que tienen la violencia como seña de identidad cultural, alerta sobre un fenómeno ya muy grave en los EE.UU.: la creciente violencia estudiantil y la extensión de la actividad criminal entre los adolescentes⁴⁶.

Otro fenómeno de violencia social asociado a la marginación, la pobreza y, en definitiva, la falta de empleo, es el de los conflictos o estallidos sociales de una extrema violencia, con el saqueo e incendios de centros comerciales, duros enfrentamientos con las fuerzas policiales, con heridos y muertos, cuyos ejemplos más dramáticamente significativos los hallamos en los de la ciudad de Los Ángeles en 1990; Vaux-en-Velin (ciudad dormitorio cercana a Lyon) en octubre de 1990; y Bristol (Gran Bretaña) en julio de 1992. En todos ellos, existen elementos de confluencia social que explican los brotes de violencia: comunidades seriamente afectadas por el paro, con una fuerte regresión de sus condiciones materiales de vida, sin salidas culturales ni profesionales, afectados por problemas de marginación, todo ello unido a la creciente polarización social entre ricos y pobres⁴⁷. Esto explica, igualmente, que en esas colectividades arraiguen las posiciones de xenofobia, de racismo, de neofascismo, que están teniendo una progresiva expansión entre los jóvenes de la Europa fragmentada de final de siglo, con estallidos de extrema violencia que encuentran pretexto en un partido de fútbol, o en la “caza” de inmigrantes, vagabundos, homosexuales, prostitutas... por parte de los skinheads. Una “violencia sin nombre” recorre el mundo, que ha sembrado la confusión entre los estudiosos de la psicología social, puesto que, como expresa BARCELONA, presenta una peculiaridad esencial, la de ser:

Una violencia cotidiana y difusa que no es la violencia del ángel exterminador ni la del vengador justiciero; es una violencia sin rostro y sin objetivo, anónima e indeterminada: se parece a la contaminación atmosférica y a la desertización de los campos, y nada en absoluto a la revuelta social y a la rebelión de protesta⁴⁸.

En definitiva, el persistente y crónico problema del desempleo y la disminución de los programas de bienestar social han generado estratos sociales sin ingresos, y sin perspectivas de tenerlos, que encuentran refugio en la economía informal o en la delincuencia, puesto que el desempleo sigue siendo el principal factor que la genera⁴⁹.

.....
46 Según cálculos de la policía estadounidense, más de 270.000 estudiantes llevan, cada día, armas de fuego a la escuela. Un reciente estudio de la Harvard School of Public Health detectó que el 50 por ciento de los niños entre los grados escolares de sexto a decimosegundo afirmaban que ‘podrían conseguir armas de fuego si quisieran’. Más de 3 millones de delitos se producen cada año en las escuelas, que son vigiladas con detectores de metales, cámaras ocultas, y demás medidas de seguridad de alta sofisticación tecnológica, que ha convertido al sistema escolar americano en uno de los mayores sistemas de seguridad de los EE. UU. Sólo en Nueva York, hay más de 2.400 agentes de seguridad en las escuelas. La fiscal general Janet Reno, calificó la violencia juvenil como el ‘mayor problema criminal en la actualidad de los EE. UU.’. En 1992, cerca de un millón de jóvenes, comprendidos en edades de 12 a 14 años, fueron objeto de diversos delitos por jóvenes de su misma edad, hasta el punto de que esté absolutamente interiorizada la idea de la posibilidad de morir como consecuencia de un acto de violencia. Un creciente número de jóvenes de la ciudad de Washington juegan a planificar sus propios funerales, decidiendo que vestido usarán para ese momento o la música que les gustaría oír. Todas las citas, extractos de noticias periodísticas, en: J. Rifkin. op. cit. pp. 249-254.

47 Así lo demuestra el estudio de L. Wacquant: *When Cities Run Riot*. UNESCO. 1993. p. 10, cit. en: J. Rifkin. op. cit. p. 255.

48 P. Barcellona: *Postmodernidad y comunidad*. p. 75.

49 En ese sentido, ver también los trabajos de: B.R. Schiller: *The Economics of poverty and Discrimination*. N. Jersey 1989; J. Torres López: *Desigualdad y crisis económica*; y R. Fernández Durán.

II.- EL TRABAJO PRECARIO, TRABAJO TÍPICO DE LA SOCIEDAD POST-INDUSTRIAL.

Como se sabe, el período de la segunda postguerra mundial, con la consiguiente euforia productiva y de crecimiento sostenido, trajo como resultado el establecimiento de una regulación del mercado laboral construido sobre la estabilidad y la protección de los puestos de trabajo. Los sistemas de relaciones laborales se construyeron en torno a la siguiente tríada: una legislación laboral protectora, una fuerte negociación colectiva, y un trabajador estándar, el trabajador industrial, que gozaba de un alto grado de regularidad y estabilidad en sus relaciones contractuales. Es precisamente ese prototipo de trabajo estable, que constituyó el modelo de relaciones laborales típicas hasta la década de los setenta el que, necesariamente, sirve de elemento de comparación para determinar el concepto de trabajo precario.

La estructura tradicional de las relaciones laborales en Europa sufrió una profunda modificación a lo largo de los años ochenta, cuya expresión más evidente consistió en el paso a un sistema legal regulador de la contratación laboral que dejaba de ser “monosistemático”, y pasaba a configurarse como un “poli-sistema” normativo⁵⁰. Las condiciones que hicieron posible la brecha abierta en los sistemas de regulación laboral, en particular de los sistemas de contratación, dando paso a una amplia gama de formas de contratación atípicas, a una acusada diversidad de regulaciones normativas-, ya estaba objetivamente presente a finales de los años setenta y consistió, como sabemos, en la transformación de la economía y del mercado de trabajo⁵¹.

En el plano económico, todos los gobiernos de los países europeos se enfrentaron a la necesidad de superar la recesión y a mantener la eficiencia de sus economías luchando contra la inflación y recuperando la capacidad productiva perdida. Por otro lado, todos los países se fijaron el objetivo de reducir los déficits presupuestarios públicos.

En el ámbito de las empresas privadas, se emprendieron amplias maniobras de reestructuración empresarial, apoyadas en las innovaciones tecnológicas, para alcanzar un nivel de competitividad mayor⁵².

No obstante, de un análisis de las distintas variables económicas utilizadas por la OCDE para estudiar el comportamiento de cada uno de los países europeos (crecimiento de la exportación, producción industrial, valor añadido de la industria manufacturera en proporción al PIB; crecimiento real del PIB ; productividad general del sector privado; productividad de la mano de obra en el sector privado; inflación y déficit presupuestario), se aprecian significativas diferencias entre unos países y otros⁵³.

Sin embargo, en el análisis del otro gran desafío estructural, el mercado de trabajo, se aprecian bastantes identidades entre las políticas diseñadas y ejecutadas por los distintos países europeos, sin que existan las disfunciones tan grandes que podían apreciarse

50 Vid. J.L. Monereo Pérez: *Introducción al nuevo Derecho del Trabajo*. op. cit. p. 71.

51 En ese sentido vid. Guido Baglioni: *Las relaciones laborales en Europa en el decenio 1980-1990*. Dentro del texto: *Las relaciones laborales en Europa. El desafío de la flexibilidad*. Edil. Mº de Trabajo y s.s. Madrid 1.992. p. 27.

52 En ese sentido ver José Luis Monereo Pérez: *Las reconversiones industriales en el Derecho del Trabajo*. Granada 1988.

53 Un análisis comparativo en: *Perspectives économiques de l'OCDE* 41. OCDE. Junio de 1987.

en el análisis de las variables económicas.

Los cambios experimentados en el mercado de trabajo, podemos dividirlos en cuatro aspectos bien diferenciados, aún cuando existe un elemento común a todos ellos, que constituye un soporte imprescindible de la transformación, el impacto de las innovaciones tecnológicas.

Uno primero, consistente en el aumento masivo del desempleo. Fenómeno generalizado en todos los países europeos que, como ya hemos visto, alcanzan unas tasas de desempleo espectaculares. El segundo, el desplazamiento del empleo desde las actividades industriales al sector servicios, haciendo surgir un nuevo catálogo de categorías profesionales y ocupaciones. El tercero, la presencia creciente de las mujeres en el mercado de trabajo, y el último, que centrará nuestra atención, la aparición de formas no tradicionales de empleo. Lo que se ha venido denominando por la doctrina: **empleo atípico**, que aún cuando ya habían comenzado a manifestarse a finales de la década de los sesenta, no alcanzan su apogeo hasta la década de los ochenta. Todas las formas de empleo atípico, por lo general, tienen en común la reducción del tiempo de trabajo, bien por la eventualidad o la estacionalidad de la prestación de los servicios, o por la reducción de la jornada de trabajo.

Otro aspecto que se pretende abordar en este apartado es el de la precariedad del empleo, y para ello es necesario partir de un hecho: que las formas de trabajo precario siempre han estado presentes en los sistemas de relaciones laborales, en mayor medida en los países en desarrollo, o en aquellos otros con un sistema de relaciones laborales muy debilitado, desregulado, en la que una gran proporción de los puestos de trabajo son inseguros, mal retribuidos y vulnerables a cualquier tipo de abusos.

Para estudiar las distintas formas de empleo precarias, el análisis debe comenzar por responder a la siguiente pregunta: ¿qué es lo que determina la precariedad del trabajo? Sin duda, el propio término precario, atípico, hace referencia a un elemento de comparación con el trabajo estable y seguro, de tal modo, que todo trabajo que no reúna esas condiciones de estabilidad y regularidad podría ser calificado, *ab initio*, como precario.

Existen varias dimensiones de la precariedad. En primer lugar, está el grado de certidumbre de la continuidad del trabajo. De tal modo, que los trabajos precarios se caracterizan porque tienen un horizonte de duración a corto plazo, o cuyo riesgo de pérdida es elevado. En segundo lugar, el trabajo es más precario, más inseguro, cuanto menos controle el trabajador las condiciones laborales, tanto en su dimensión colectiva como individual. En tercer lugar, la protección tiene una importancia crucial para medir la precariedad. Protección, tanto legal (normativa protectora de las relaciones laborales), como a través de las organizaciones sindicales (nivel de cobertura colectiva y de representación en las organizaciones sindicales), de cobertura social (derecho a prestaciones sociales), y también en términos de lucha contra la discriminación, los despidos improcedentes o las condiciones de trabajo inadecuadas. El grado de protección social, por ejemplo, concedido a las diferentes formas de trabajo temporal es, sistemáticamente, menor que el

otorgado al trabajo regular y estable⁵⁴.

Otro aspecto, más ambiguo, es el de los ingresos, el de las retribuciones. De tal modo, que los trabajadores precarios están peor retribuidos, y están asociados a la pobreza, y a la dificultad de inserción social.

Un último factor asociado a la precariedad, es la salud laboral. Los trabajos temporales, por ejemplo, son causa de mayor incidencia de estrés y fatiga, e incluso de accidentes de trabajo, debido al ritmo, la intensidad exigida en el trabajo y la falta de cualificación y experiencia de los empleados.

En conclusión, el trabajo precario está asociado a la inestabilidad, la falta de protección, la inseguridad, la vulnerabilidad social y económica, la discriminación, e incluso la salud.

No obstante, conviene precisar que la precariedad viene definida por la combinación de los factores antes enunciados y los límites del concepto son, hasta cierto punto, arbitrarios, puesto que la medida en que las distintas formas de trabajo atípico alcanzan la precariedad, varían en función de las condiciones singulares de cada mercado de trabajo, tanto en lo que se refiere a la oferta de las modalidades de contratación, como de los sectores productivos en que se produce la mayor demanda de esas modalidades contractuales, y de las economías en que se manifiestan⁵⁵.

En todos los países de la Europa occidental, a partir de la década de los 80, pudo constatar la creciente importancia de un fenómeno: la diversificación de las formas de empleo. El análisis doctrinal de estas nuevas tipologías contractuales parte de tomar como modelo lo que se considera “relación normal de trabajo”, entendida como una relación de trabajo a jornada o tiempo completo, de duración indefinida, y cuya estabilidad, hasta cierto punto, tiene protección jurídica.

Las razones de la aparición de este tipo de modalidades de contratación atípicas podemos situarlas en dos pilares fundamentales. Por un lado, en los cambios políticos que se producen con la “ola neoconservadora” de los 80; y por otro, en las innovaciones tecnológicas y de los sistemas de organización postfordista del trabajo.

II. 1.- El trabajo a tiempo parcial.

El empleo atípico, como desviación de la norma general de empleo permanente y estable, es una consecuencia directa de la desregulación de la relación de trabajo, y se manifiesta en una prestación de trabajo, o forma de empleo, en la que no es empleada toda la jornada de trabajo, o bien realiza su prestación bajo nuevas formas que tienen apoyo en las novedosas posibilidades tecnológicas que ofrecen los ordenadores y las telecomu-

.....
⁵⁴ Un estudio crítico sobre las fisuras, disfunciones, limitaciones y exclusiones del sistema de protección social español respecto a los trabajadores atípicos, (con especial referencia a la cobertura de desempleo), en: R. Escudero: *La protección del desempleo: Su polémico carácter contributivo y su adecuación a los trabajadores con empleo atípico*, en: AA. VV. *Debates sobre el empleo en España*. Edit. M2 de Trabajo y S.S. Madrid 1992. pp. 8 1-108.

⁵⁵ Un análisis comparativo sobre la extensión y las características del trabajo precario, en la Europa occidental desde la década de los setenta, en: Gerry Rodgers: *El debate sobre el trabajo precario en Europa occidental*, en: *El trabajo precario en la regulación del mercado laboral*. Edit. M1 de Trabajo y S.S. Madrid 1992. p. 18.

nicaciones. Entre las diversas tipologías de empleo atípicas destaca, por su importancia cuantitativa y cualitativa⁵⁶, el trabajo a tiempo parcial, entendido como aquella prestación de trabajo que no se desarrolla a jornada completa como venía siendo habitual⁵⁷. Dos son los elementos que delimitan su ámbito y especifican este modo de prestación sobre los que existe una opinión pacífica: la reducción de la duración del trabajo con el reverso de su remuneración en proporción al tiempo trabajado, y la presunción de que la distribución del tiempo difiere frente al trabajo a tiempo completo.

En estas nuevas fórmulas de empleo, el tiempo (la duración del vínculo contractual y de la prestación) abandona la lógica de su comportamiento y caracterización precedentes, que significaron la época clásica del Derecho del Trabajo, sufriendo más que ninguna otra materia, los embates de la flexibilidad.

Se produce, de este modo, un doble fenómeno: de destipificación del contrato de trabajo y de sus rasgos predominantes y hegemónicos, y de descomposición de los generales, inderogables y uniformes valores normativos de tutela del orden laboral, que corre paralelo a la desclasificación de las demandas de trabajo producidas por el cambio tecnológico, las nuevas y diferenciadas necesidades productivas y empresariales, y el nuevo ambiente social de la flexibilidad. Todo ello hace que el modelo de ocupación, antes dominante y monolítico, reste como “núcleo duro” del mercado de trabajo y de la universal regulación garantizadora del ordenamiento laboral, disputado su espacio con fuerza creciente por las nuevas formas de empleo, que originan tipos o subtipos distintos de contratos de trabajo, así llamados “atípicos”.

El trabajo a tiempo parcial presenta, frente a otras figuras contractuales o modos de prestación del trabajo, una serie de rasgos característicos que han sido objeto de reflexión jurídica en el marco del derecho comparado por su indudable extensión cuantitativa en el mercado de empleo. El análisis de las causas del auge de este tipo de contrataciones no deja de ser complejo, ya que, las opiniones acerca de las razones que han impulsado su espectacular crecimiento en las economías capitalistas occidentales han sido muy variadas, pero sí existe coincidencia respecto a que esta modalidad de trabajo es consecuencia directa de la flexibilidad que permiten los nuevos sistemas de organización del trabajo; por el hecho de que posibilita un mejor ajuste de los recursos humanos a las necesidades productivas de la empresa, como medio de obtener una prestación laboral a un coste más reducido, y de disociar el tiempo de actividad de la empresa del tiempo de trabajo individual exigido a cada trabajador⁵⁸.

.....
56 El empleo a tiempo parcial representa en España, Italia y Portugal, en tomo a un 8 por ciento del empleo, en Dinamarca el 21 por ciento, el 24 por ciento en el Reino Unido; el 25 por ciento en Suecia y el 36,5 por ciento en los Países Bajos, y su crecimiento es continuo. Baste decir, que durante el perrada de crecimiento europeo de finales de los 80, el 20 por ciento del aumento neto del empleo correspondió al trabajo a tiempo parcial. Desde 1990, el trabajo a tiempo completo va en continuo retroceso, perdiendo cerca del 3 por ciento anual, mientras el empleo a tiempo parcial aumenta a un ritmo del 4 por ciento anual. Fuentes: Comisión Europea: El empleo en Europa 1995. Luxemburgo 1995. pp. 17-18.

57 Las definiciones del trabajo a tiempo parcial en los distintos países de Europa occidental son bastante similares: el trabajador a tiempo parcial es una persona que ejerce una actividad durante un lapso de tiempo inferior a lo normal. La evolución de esta forma de empleo en: Daniele Meulders y Bernard Tytgat: La emergencia del empleo público en la Comunidad Europea, en: Gerry y Janine Rodgers (comps.): El trabajo precario en la regulación del mercado laboral. Edil. M^o de Trabajo y S.S. Madrid 1992. pp. 313-342.

58 En ello coincidieron los participantes en el seminario sobre formas de trabajo atípicas y precarias celebrado en la Universidad Ubre de Bruselas del 26 al 28 de septiembre de 1988: A. Houyoux; M. Magrez; B. Schwartz; O-Gabrielle Tremblay; F. Michon; U. Mnc-kenberger; A. Godart; S. Ricca, y A. Marshall; entre otros. Las conclusiones y ponencias en: El trabajo precario en la regulación del mercado laboral. Edit. M^o de Trabajo y S. S. Madrid 1992.

Los análisis realizados sobre la evolución de este tipo de trabajo llegan a la conclusión de que su extensión no es un fenómeno coyuntural ligado directamente a la crisis económica, sino que, muy al contrario, su número ha ido creciendo paulatinamente desde la década de los sesenta⁵⁹.

En cuanto a la duración de la prestación, conviene precisar que el trabajo a tiempo parcial no puede ser identificado mecánicamente con el trabajo a media jornada. Así se desprende de los estudios realizados en diversos países de la Unión Europea, en los que se comprueba que la duración de la jornada varía, superando o siendo inferior a la media jornada. Diversidad horaria que nos sitúa en la diatriba de discernir si la extensión del contrato a tiempo parcial es consecuencia de una política de transformación de empleos a jornada completa en empleos a tiempo parcial, reduciendo sustancialmente los costes productivos. O, por el contrario, ¿si es expresión de un deseo por parte de los asalariados de que los horarios de trabajo sean más flexibles?

Para responder a esas interrogantes, hemos de partir de la siguiente premisa: que una de las características esenciales de esta modalidad de trabajo es que se concentra, primordialmente, en la ocupación femenina. De ahí, que se haya llegado a decir: que la extensión del trabajo a tiempo parcial a lo largo de la década de los últimos treinta años, sea paralela a la feminización creciente de la población activa, y al aumento de los efectivos que trabajan en los servicios.

Los datos estadísticos confirman que la ocupación de mujeres bajo esta modalidad de trabajo es mayoritaria. Hasta el punto, de que en nuestro país, las tres cuartas partes del total de asalariados a tiempo parcial es población femenina⁶⁰. Situación extrapolable a otros países europeos como Alemania, Francia, Dinamarca. Italia, o el Reino Unido, donde el porcentaje de mujeres contratadas a tiempo parcial alcanzaba en el año 1993, el 91 por ciento; 83,7 por ciento; 75,8 por ciento; 68,5 por ciento; y 85,2 por ciento, respectivamente, del volumen total de ese tipo de contrataciones⁶¹.

Realidad que no puede ser justificada por el solo hecho de que esa modalidad de trabajo sea buscada por las mujeres en razón a sus responsabilidades familiares⁶², sino que responde más bien a un fenómeno de segregación profesional y ocupacional de la pobla-

59 Desde 1971, la extensión del trabajo asalariado a tiempo parcial ha ido en aumento y extendiéndose hacia todas las actividades productivas. Si, en un principio, los primeros afectados fueron las profesiones muy cualificadas del sector terciario: profesores, cuadros administrativos, servicios médicos y sociales... , y el sector de profesiones poco cualificadas del sector terciario y de la industria: empleados de oficina, empleados de comercio, aprendices, obreros especializados y el servicio doméstico, para extenderse progresivamente a todos los sectores productivos. La evolución de este tipo de empleo en varios países de Europa (Alemania, Francia y Reino Unido), durante el perlado de 1971 a 1980, en: J. Pierre Jallade (Dir.): *Europa a tiempo parcial*. Edit. M° de Trabajo y S.S. Madrid 1985. La evolución de esta forma de empleo en los EE.UU. en: J. Rifkin. op. cit. pp. 219-236. Datos estadísticos y estudios sobre la evolución del empleo parcial en todos los países de la OCOE, en: *Informes OCOE: Perspectivas del empleo 1991*. pp. 109-113; *Perspectivas del empleo 1992*. pp. 501-503; *Perspectivas del empleo 1995*. pp. 165-201, todos editados por MI de Trabajo y S.S. en sus respectivos años, y: *L'étude de l'OCDE sur l'emploi. Partie 1*. París 1994. p. 10 Y 64-69. En referencia al Ámbito europeo, vid. Comisión Europea: *El Empleo en Europa 1995*. Luxemburgo 1995. pp. 49-63.

60 El porcentaje de mujeres españolas ocupadas a tiempo parcial, sobre el total de contratos de esa modalidad, según datos de la OCDE referidos al año 1993 llegaba al 75,9 por ciento. Dalos extraídos de la Memoria del Consejo Económico y Social del año 1993. p. 85 y del Informe de la OCDE: *Perspectivas del empleo 1994*. p. 457.

61 Datos extraídos del Informe de la OCDE: *Perspectivas del empleo 1994*. Edil. M° de Trabajo y S.S. Madrid 1994. Cuadro D de la p. 457.

62 Posición que, según señala U. Mückenberger: *Formas irregulares de empleo en la RFA: El papel del Estado en su efectividad*. op. cit. p. 468, es sostenida por los neoconservadores y se extiende progresivamente entre los especialistas en Derecho del Trabajo.

ción femenina en el mercado de trabajo, y a la presión que ejercen los empresarios para desregularizar y flexibilizar las condiciones de trabajo. El análisis realizado por el Consejo Económico y Social sobre los factores esgrimidos por las mujeres españolas ocupadas a tiempo parcial, confirma esa afirmación, ya que, tan sólo el 14 por ciento de las mismas aducen causas familiares como causa de su contrato a tiempo parcial. Además, el tipo de ocupación o actividad que concentra el mayor número de ocupaciones a tiempo parcial es el sector terciario o de servicios, desempeñados mayoritariamente por mujeres⁶³.

De ahí, que las opiniones acerca de que el contrato a tiempo parcial haya tenido tan espectacular incremento por causa de la propia voluntad de los trabajadores, carezca de fundamento, puesto que la inmensa mayoría de los ocupados bajo esas modalidades de contratación lo son en razón de la escasez de ofertas de trabajo a tiempo completo y a la filosofía de que “*más vale trabajar algo que no trabajar nada*”, pero no porque deseen la realización de una prestación de trabajo durante un tiempo más reducido, y un menor salario, que el correspondiente a un empleo con jornada ordinaria. Por tanto, su difusión parece obedecer más a la presión de los empresarios sobre las administraciones públicas, para desregular y flexibilizar el mercado de trabajo, que a la propia voluntad de los trabajadores, compelidos a esas condiciones de trabajo por la evidente escasez de empleo⁶⁴.

Otra característica propia del trabajo a tiempo parcial es que la mayoría de los empleos que concentran esta modalidad contractual son trabajos que requieren poca cualificación profesional, y en consecuencia, los trabajadores que los ocupan están peor retribuidos que los trabajadores ocupados en jornada completa. Afirmación que se complementa por el hecho de que las mujeres, que son las que ocupan la mayoría de este tipo de trabajos, perciben salarios inferiores que los hombres⁶⁵. Ambos factores, inferior cualificación profesional y elevada presencia femenina en este tipo de trabajos, con la discriminación salarial de que son objeto las mujeres en cualquier tipo de ocupación, permiten afirmar que el trabajo a tiempo parcial está peor retribuido que el trabajo a tiempo completo⁶⁶.

.....
63 El total de la ocupación femenina a tiempo parcial se distribuye del siguiente modo: servicio doméstico (32 por ciento), educación (11 por ciento), comercio (11 por ciento), alquileres e inmobiliarias (10,5 por ciento). Vid. CES: Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral de España 1993. Edil. CES. Madrid 1994. p. 85.

64 El trabajo a tiempo parcial involuntario se refiere directamente al concepto de subempleo visible de la OIT. Comprende tres grupos: 1.- Las personas que trabajan habitualmente a tiempo completo, pero están trabajando a tiempo parcial debido a la inactividad económica. 2.- Las personas que trabajan habitualmente a tiempo parcial, pero que están trabajando menos horas de lo normal por la crisis económica, y 3.- Las personas que trabajan a tiempo parcial porque no han encontrado trabajo a tiempo completo. Un estudio detallado de cada uno de los grupos, con datos estadísticos Vid. Informe OCDE. Perspectivas del empleo 1995, pp. 165-189.

65 Acerca de la situación de la mujer en el mercado de trabajo, vid. Shirley Nuss, Ettore Oenti y David Viry: *Las mujeres en el mundo del trabajo. Análisis y previsiones estadísticas hasta el año 2000*. Edit. M° de Trabajo y S.S. Madrid 1991; Consejo Económico y Social (CES): *La situación de la mujer en la realidad socio laboral española*. Informe 3, 1994. Madrid 1994; Instituto de la Mujer: *La participación laboral de la mujer en España*. Madrid 1987; Instituto Andaluz de la Mujer: *Mujer y mercado de trabajo en Andalucía 1994*, ejemplar mecanografiado. Un detallado estudio del panorama de la discriminación de la mujer en la negociación colectiva, con propuestas de actuaciones estratégicas para la corrección de las discriminaciones detectadas en el análisis, en: Rosa Quesada Segura: *Los principios de igualdad de trato y de oportunidades en la negociación colectiva*. Estudio sobre discriminación y acciones positivas. Instituto Andaluz de la Mujer. Sevilla 1991. Sobre la discriminación salarial de las mujeres, ver: Amalia Peinado López: *La discriminación de la mujer en el mercado de trabajo español*. Edit. M° de Trabajo y S.S. Madrid 1988; y: Henry Phelps Brown: *Las desigualdades de salarios*. Edit. M° de Trabajo y S.S. Madrid 1990. En especial su capítulo 5, pp. 221-271.

66 Esa conclusión es puesta de manifiesto por Jean-Pierre Jallade. op. cit. p. 272, al constatar, en el caso británico, que las mujeres a tiempo parcial perciben remuneraciones, por hora trabajada, inferiores en un 20 por ciento a las que perciben las mujeres ocupadas a tiempo completo. En Alemania, por su parte, son inferiores en un 15 por ciento.

Esto explica un fenómeno común a todos los países europeos, la mayor demanda de empleo, de puestos de trabajo para las mujeres y menos para los hombres⁶⁷.

La discriminación de los trabajadores a tiempo parcial se extiende igualmente a las condiciones de trabajo. Tanto en lo que se refiere a la estabilidad de su vínculo contractual, -puesto que la eventualidad suele acompañar a este tipo de contratos, lo que genera una mayor inseguridad a esta tipología de trabajadores- como en materia de promoción y formación profesional. Sin duda, una duración menor del tiempo de trabajo dificulta un proceso de formación permanente en la adquisición de conocimientos y de progresos en el dominio del trabajo, que desvirtúa las posibilidades de desarrollo de una carrera profesional, situándoles en una posición de desventaja respecto a los trabajadores a tiempo completo.

II. 2.- El trabajo temporal.

El trabajo temporal es el arquetipo del trabajo precario, puesto que una particularidad común a las distintas variedades de trabajo temporal, “ocasional” o por “período definido”, es: su naturaleza inestable; y, derivado de lo anterior, la inseguridad económica que la misma inestabilidad contractual lleva implícita⁶⁸. La relación entre temporalidad y marginación (jurídica y social) ha sido puesto de manifiesto por la doctrina más cualificada desde los primeros pasos de la temporalidad contractual en nuestro país, por constituir uno de lo más importantes “intersticios” del régimen de estabilidad en el empleo, al dejar en manos del empleador la duración de la relación contractual⁶⁹.

La regulación temporal del contrato de trabajo constituyó una expresión más del retorno a la concepción liberal de las relaciones laborales; para la cual, lo que resultaba absolutamente cuestionable eran las relaciones jurídicas indefinidas, características del capitalismo intervenido, al suponer un claro límite a la libertad de contratación y contradecir la prohibición de contratación de por vida, reforzando la capacidad empresarial de fijar unilateralmente la duración del contrato; y, lo que es más importante, el momento de su extinción.

Desde la década de los setenta, el propio funcionamiento del mercado de trabajo, cada vez más libre de ataduras legales, y la progresiva escasez de empleo, propiciaron la extensión de estas formas de contratación temporal, hasta convertir en un fenómeno ordinario lo que antes era excepcional. La temporalidad, como se sabe, ha pasado a constituir el modelo de relación laboral en el capitalismo de la crisis de final de siglo⁷⁰.

.....
⁶⁷ Desde 1987, el empleo de los hombres y de las mujeres en los Estados miembros de la UE, siguieron una evolución muy distinta. Mientras la demanda de mano de obra femenina iba aumentando cada año, la demanda de puestos de trabajo para la mano de obra masculina iba decreciendo. Datos estadísticos de esa evolución en todos los países miembros de la UE, en Comisión Europea: El empleo en Europa 1995. op. cit. pp. 49-62.

⁶⁸ Para acercarse al estudio de la problemática jurídica del trabajo temporal, ver, la ya clásica obra de A. Ojeda Avilés: Los trabajadores temporales. (Problemas jurídicos de eventuales, interinos y temporeros en Derecho español). Sevilla. 1973.

⁶⁹ Vid. M. Rodríguez-Piñero, en el prólogo al texto de A. Ojeda Avilés: Los trabajadores temporales. op. cit. Sevilla 1973. p. XVII.

⁷⁰ Las diversas modalidades de trabajo temporal suscritos en nuestro país, en el año 1995, constituían los siguientes porcentajes sobre el total de contratos celebrados: contratos de obras o servicios: un 32, 3 por ciento; contrato eventual (sucesor del contrato de fomento del empleo) el 30, 7 por ciento; contratos de lanzamiento de nueva actividad: el 5 por ciento. Fuente: CES. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral. España 1995. op. cit. pp. 176-178.

Las relaciones laborales atípicas nacidas del nuevo marco flexible que configura las relaciones laborales, producen una evidente segmentación del mercado de trabajo, entre los que cabe destacar, dos grandes grupos: el de los trabajadores estables, y el de los denominados atípicos, caracterizados porque su vínculo contractual con la empresa es de carácter temporal y además son apartados del marco tuitivo que presta la legislación laboral pasando a una situación de marginalidad y precariedad dentro del mercado de trabajo. Precariedad que es el germen de la desigualdad.

En consecuencia, si partimos del hecho de que, lo que va a permitir enjuiciar la situación de precariedad es la situación concreta del mercado de trabajo; y su articulación con cualquiera de las formas de contratación, habría necesariamente que concluir que cualquiera de las formas de trabajo temporal, en un mercado inestable y escaso, son potencialmente precarias. Al trabajo temporal, por tanto, le son aplicables todas las reflexiones que anteriormente hicimos respecto al trabajo a tiempo parcial, puesto que, además, uno y otro suelen ir perniciosamente unidos.

Obviamente, la percepción respecto de la precariedad de este tipo de trabajos va a variar de unos países a otros; en países en los que aún se otorga una mayor protección administrativa y legal a los puestos de trabajo estables (Francia, España) resulta lógico pensar que el aumento de las formas de trabajo temporal refleja un deseo de la patronal de facilitar los despidos; de tal forma, que los trabajadores ocupados mediante contratos temporales son, por tanto, más propensos a caer en el paro y por ende, en la precariedad. Por el contrario, en aquellos países con menor regulación protectora de la estabilidad del vínculo contractual, la temporalidad no se percibe, necesariamente, como ejemplo de precariedad.

El trabajo temporal reviste distintas características y formas jurídicas. Bajo esta denominación se engloban la amplia diversidad de contratos a tiempo limitado, o por períodos definidos. Dentro del trabajo temporal hay que distinguir entre aquellos trabajadores cuyo empleo es regular, con contrato indefinido, aún cuando no trabajen todos los meses del año, caso de los “fijos discontinuos”, hoy: “fijos a tiempo parcial”; y aquellos otros, en los que el trabajo es ocasional, a tiempo cierto, determinado o determinable. Entre estos, cabe incluir a los trabajadores “estacionales, o de temporada”, los que tienen un contrato de “aprendizaje, prácticas o de formación”, o los de cualquier otro tipo de contrato no indefinido.

III.- SEGMENTACIÓN DEL TRABAJO Y SOCIEDAD DUAL.

El creciente proceso de desestructuración social que se viene produciendo en las sociedades capitalistas avanzadas durante la década de los noventa, tiene como causas primordiales: el debilitamiento del empleo y de las políticas de bienestar⁷¹.

El grado de desempleo y de polarización alcanzado en el mercado de trabajo duran-

.....
 71 La vinculación entre el paro, la segmentación de los mercados de trabajo y la dualización de los sistemas de protección social, ha sido advertida por A. Gorz: *Metamorfosis del trabajo*. Edit. Sistema. Madrid 1995. pp. 233 Y sgts., Y 275 Y sgls. En el caso español, vid. J.L. Monereo Pérez: *Derechos sociales de la ciudadanía...* op. cit. pp. 223-239, y: *Público y privado en el sistema de pensiones*. Edit. Tecnos. Madrid 1996. pp. 46-71.

te esta última década, ha hecho revivir imágenes de pobreza que ya parecían ajenas a nuestro mundo desarrollado, y ha dado lugar a la utilización de términos como: “nueva pobreza”, “marginados”, “grupos vulnerables”, “pobreza funcional”, o “inservibles” que, en definitiva, expresan el deterioro de los vínculos de solidaridad colectiva en las sociedades contemporáneas, y la creciente existencia de grandes bolsas de población apartadas del mercado y de la sociedad, viviendo al margen de los procesos económicos que proporcionan ingresos, y condenados al exilio interior que siempre lleva consigo la carencia de medios económicos⁷².

El mercado de trabajo es, por tanto, el lugar donde van a tener su causa principal los fenómenos de polarización o dualidad social. Frente al enfoque económico dominante, que considera que el mercado de trabajo es un mercado único en el que participan todas las personas que buscan empleo y todas las empresas que quieren contratar trabajadores, los estudios sobre la segmentación laboral han mostrado que no existe un único mercado de trabajo, sino que existe una pluralidad de marcos de contratación. Las condiciones de trabajo vienen determinadas por el mercado específico en el que se desarrollan. Cada mercado, ofrece unas condiciones de movilidad, de salario, de estabilidad, de promoción profesional... distintas, hasta el punto de que el paso de un mercado a otro sólo puede realizarse cumpliendo las condiciones de entrada específicos que cada uno de ellos marca, con una característica común a todos ellos, su escasa permeabilidad⁷³.

Los autores han diferido acerca de los distintos tipos de mercado de trabajo existentes, y de sus causas⁷⁴, más no cabe duda que la formación de los mercados segmentados es resultado de la desigualdad de las relaciones de producción capitalistas que configuran un marco general dominado por un reparto desigual del poder y por una conflictividad estructural entre trabajadores y capitalistas, y entre empresas que compiten entre sí⁷⁵.

La segmentación también se produce entre los trabajadores de un mismo mercado; de tal modo, que determinados colectivos de trabajadores, -caso de las mujeres- desempeñan puestos de trabajo más precarios que los ocupados por varones.

Hay que señalar que la segmentación no es un fenómeno nuevo, sino persistente en la historia del capitalismo. Lo que cambia, en todo caso, es la amplitud y la naturaleza de los distintos segmentos en respuesta a los cambios producidos en el plano productivo

.....
72 Cfr. J. Torres López: *Desigualdad y crisis económica. El reparto de la tarta*. op. cit. p. 160-161.

73 Cfr. Albert Recio Andreu: *La segmentación del mercado de trabajo en España*, en: Faustino Miguélez y Carlos Prieto (coords.): *Las relaciones laborales en España*, Edit. Siglo XXI. pp. 97-99.

74 Las distintas teorías sobre la segmentación y los tipos de mercado de trabajo segmentados pueden analizarse en: Peter B. Doeringer y Michel J. Piore: *Mercados internos de trabajo y análisis laboral*. Edit. Ministerio de Trabajo y S.S. Madrid 1985; Paul Osterman (comp.): *Los mercados internos de trabajo*. Edil. M° de Trabajo y s. s. Madrid 1988; Robert B. Reich: *El trabajo de las naciones*. Edit. Vergara. Madrid 1993; Albert Recio Andreu: *Trabajadores desiguales*. Mientras Tanto nº30 y 31. 1987; y: Luis Toharia (comp.): *El mercado de trabajo: teoría y aplicaciones*. Edil. Alianza. Madrid 1983.

75 Como expresa, A. Recio Andreu: op. cit. p.99.: “En ese marco, las empresas han de resolver tres problemas a la vez: contener las retribuciones salariales a unos niveles que garanticen beneficios (problema distributivo), conseguir un comportamiento productivo adecuado de los trabajadores (problema de control), y conseguir una fuerza de trabajo adaptable a los cambios en el mercado de productos (problema de flexibilidad). En la satisfacción de esos objetivos, el diseño de las políticas laborales constituye el elemento fundamental. Los instrumentos utilizados a tal fin, serán: las nuevas posibilidades tecnológicas; las técnicas de organización; los sistemas de incentivos y castigos; y las distintas formas de contratación de mano de obra”.

y en el ambiente socio-político⁷⁶. Por ello, será de interés conocer el estado actual de segmentación del mercado de trabajo, consecuencia de la revitalización de los principios liberales.

La irrupción de las nuevas tecnologías y la desregulación, factores vinculados a la “flexibilidad”, han provocado la precarización del trabajo manual no cualificado, la inestabilidad del mercado de trabajo y la erosión de las profesiones. En ese proceso de deterioro material del mercado de trabajo, se ha producido otro efecto de gran importancia, la disminución del protagonismo del obrero en la producción. Pérdida ligada a la innecesidad de sus capacidades profesionales ya su transformación funcional en apéndice de la máquina.

El trabajador, hoy, ya no es el productor de los años sesenta, que se realiza en el taller y se premia con el consumo, sino más bien el que es premiado con un puesto de trabajo y se realiza (alienándose) en el consumo, pues a través del intercambio simbólico que éste lleva consigo es como asume las representaciones sociales en que se basa su sociabilidad⁷⁷. El trabajo en la sociedad neo tecnológica, postfordista, no es tan sólo la posibilidad de una remuneración económica, sino que más bien se ha convertido en una necesidad vital de expresión.

Por otro lado, la utilización político-ideológica del paro, y sus inevitables efectos de exclusión y pobreza, ha sido causa del deterioro de la fijación de las condiciones de trabajo que tradicionalmente venía siendo posible mediante la negociación colectiva y que permitía la dignificación, vía salario y mejoras sociales, de las condiciones de vida. La situación actual, marcada por el creciente desempleo, la economía sumergida y la flexibilidad impuesta al mercado de trabajo, tanto en la entrada como en la salida, ocasionan la progresiva pérdida de capacidad para negociar y fijar mejores condiciones de salario y de trabajo en general, ocasionando la pérdida de dignificación del trabajo asalariado.

Agravando el problema, la segmentación de los mercados de trabajo se hace acompañar de una dualización de los sistemas de protección social, que contribuyen a consolidar el dualismo social más que a superarlo mediante la aplicación de políticas sociales claramente restrictivas. Mientras los colectivos más débiles de la sociedad (que a veces forman parte de la “infraclase”: pobres, parados de larga duración, trabajadores con empleo precario) son protegidos al mínimo de subsistencia; los grupos amparados y protegidos (trabajadores en activo con empleo estable y niveles retributivos medioaltos) gozan de derechos sociales más perfectos en intensidad y extensión, e incluso de la posibilidad de ampliar su cobertura protectora a través de sistemas privados de previsión social⁷⁸.

El retorno a los postulados del *laissez faire* y del “darwinismo social” ha consolidado, por tanto, un proceso de polarización y dualización en el seno mismo de las sociedades más desarrolladas, haciendo emerger alarmantes bolsas de pobreza y marginación. Lo

.....
76 *Ibidem*. p.101.

77 Vid. Juan Torres López: *Formas de producción y pautas de consumo en la crisis del Estado del Bienestar*. Revista de Occidente. Nº 162. Noviembre de 1994.

78 Vid. J.L. Monereo Pérez: *Derechos sociales de la ciudadanía*. Madrid 1996. p. 220.

que se ha denominado el “cuarto Mundo” en el “primer Mundo”⁷⁹.

Este proceso ha hecho surgir una nueva realidad social, cuantitativamente creciente, compuesta por aquellos sectores marginales que vienen a constituir lo que se ha denominado de muy diversas formas: los “trabajadores”, el “subproletariado”, o para resumirlo en un sólo concepto: los “nuevos pobres” que engloba en su seno a parados sin posibilidad de encontrar empleo, inmigrantes que se mueven en la economía sumergida, drogadictos o incluso jubilados y pensionistas. Esta “subclase”, por utilizar una terminología marxista clásica, o “no clase”, como la define GORZ⁸⁰, constituyen la otra cara de la denominada “sociedad dual”, “sociedad fragmentada”, de los “tres tercios”, A un lado de la sociedad se situaría, un tercio de la élite social, económica y política, compuesta por un número reducido de personas, y principales beneficiarios del “sistema”, El otro tercio, el más numeroso, lo componen las clases medias profesionales y los trabajadores asalariados con un puesto de trabajo más o menos estable, pero que consiguen participar, aun cuando sea de una forma secundaria en el des igual reparto de una economía boyante, Al otro lado, configurando el último tercio, se situaría la “no clase”, en la que se encuentran incluidas todas aquellas personas atrapadas en el círculo vicioso de la pobreza y la exclusión social, y que son incapaces de superar las barreras institucionales impuestas por el neocapitalismo para su integración, poniendo en evidencia las contradicciones de una creciente e insostenible realidad social: la división, a escala planetaria, entre ricos y pobres, Como expresa GIDENS:

Las clases inferiores no son simplemente bolsas de pobreza dentro de las sociedades nacionales, sino grietas en las que el Tercer Mundo se encuentra con el primero. El aislamiento social que separa a los grupos desfavorecidos del resto del orden social dentro de cada nación refleja la división entre ricos y pobres a escala mundial, y tiene una vinculación causal con ella. La pobreza del Primer Mundo no puede abordarse como si no tuviera ninguna relación con las desigualdades a nivel mucho más amplio⁸¹.

Este proceso de dualización social forma parte de la lógica del “mercado total”, tiene como objetivo mantener satisfecho a un 75 por ciento de la población social de los países ricos, y supone un proceso de división social más profundo que el que hasta ahora distinguía a “ricos” y “pobres”, “explotadores y explotados”, puesto que consagra estructuralmente dos tipos de ciudadanía: los que se han beneficiado de los avances tecnológicos y de las posibles reactivaciones económicas, y aquellos que se han visto empujados a la descalificación profesional, al trabajo precario, eventual, sumergido, o, los que, ante la imposibilidad de encontrar trabajo, se ven obligados a aceptar jubilaciones anticipadas con pensiones de subsistencia⁸².

En una sociedad, cimentada sobre el consumo, y en el que la integración social se realiza a través del trabajo, no hay nada tan degradante como ser un parado, puesto que el parado está desposeído, se ve imposibilitado para realizar su acto social fundamental

79 Vid. J.N. García-Nieto París: Proyecto de sociedad en clave de utopía CCJ 1989. que contiene un resumen de algunos de los estudios dedicados a esa nueva realidad de la pobreza, entre los que destacan: CARITAS 1984; Programa 2000. 1988.

80 Vid. André Gorz: Adiós al proletariado. p. 14-15.

81 A. Gidens: Más allá de la izquierda y fa derecha. op. cit. Madrid 1996. p. 153.

82 Vid. J.N. Gafe/a-Nieto París: Innovación tecnológica y costes sociales. Mercado total y nuevas pobreza, en: AA.VV. La sociedad del desempleo. Por un trabajo diferente. Edit. Cristianisme y Justicia. Barcelona 1989.

, su trabajo. De ahí que la reivindicación central del trabajador sea la seguridad en el empleo. Frente a él, el empresario, interesado en conseguir una mayor flexibilidad del mercado de trabajo para abaratar el coste de la mano de obra, ha conseguido hacer suyos los beneficios producidos por las revoluciones tecnológicas, mientras que el trabajador ha tenido que pagar un alto precio por esa reestructuración productiva: eliminación de puestos de trabajo, acentuación de la división del trabajo, alienación, paro, dualismo social, marginación y pobreza.

Una verdad se hace evidente en el mundo capitalista desarrollado, está asegurado el crecimiento económico pero no el pleno empleo, está asegurada la riqueza para una parte cada vez más reducida de la población mientras aumenta la incertidumbre y la indigencia del resto. Todo ello nos permite afirmar, con CAPELLA⁸³:

El mundo del apogeo neoliberal es el mundo del hambre para la mayoría de la humanidad; el mundo de la infernal violencia con medios que los pueblos pobres nunca conocieron antes; el mundo contaminado; el mundo del neonacionalismo genocida; el mundo drogado; el mundo de la falsedad publicitaria; el mundo de la despiadada lógica del mercader - cuya mercancía directa e indirecta somos los seres humanos - .

.....
 83 J.R. Capella: *Grandes Esperanzas*. Edit. Trotta. Valladolid 1996. p. 156.

II Premio Científico

Año 1997

1.- Rehabilitación integral desde la perspectiva de la Administración Pública.

Carlota Sedeño Martínez

Asistente Social

Área de Información y Orientación

Centro Base De Minusválidos Instituto Andaluz De Servicios Sociales

2.- El Trabajo Social con enfermos terminales.

Cándida Acero Sáez

Trabajadora Social

Rehabilitación integral desde la perspectiva de la Administración Pública

Carlota Sedeño Martínez

Asistente Social

Área de Información y Orientación

Centro Base De Minusválidos Instituto Andaluz De Servicios Sociales

Resumen

Se trata de una ponencia presentada en el Simposium sobre “Rehabilitación Integral aplicada a las discapacidades físicas”, organizado por la Federación de Asociaciones de Minusválidos Físicos de Málaga, patrocinado por la Delegación de Salud de la Junta de Andalucía y celebrado en el Centro Cívico de la Diputación de Málaga el 31 de Mayo de 1.997.

En su iniciación, la Ponencia se aproxima a las personas con discapacidad analizando brevemente los diversos tipos de minusvalías y deficiencias. Realiza un amplio recorrido a través de la legislación española sobre minusválidos en sus distintas etapas en el tiempo.

Se expone el contenido, funcionamiento y finalidad de un Centro Base de Minusválidos, y, en concreto, el de Málaga.

Al tratar sobre el empleo de las personas con minusvalía se resalta que es una meta permanente a lo largo del tiempo.

Se explica el papel fundamental de la familia como algo básico para el desarrollo personal. Igualmente, se habla del entorno amplio de las personas con minusvalía.

Se analiza la Rehabilitación Integral y se expone el Plan de Acción para las personas con Discapacidad (1997-2002).

UNA APROXIMACIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

* DEFINICIONES. DIVERSOS TIPOS DE MINUSVALÍAS

Minusvalía O Discapacidad son conceptos, que expresan algo no muy fácil de delimitar. Se han elaborado múltiples definiciones. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), en el Documento “Clasificación Internacional de DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS”, aborda el concepto de Minusvalía, no desde el tradicional modelo médico (Etiología - Patología - Manifestación), sino desde un nuevo modelo, el de las consecuencias, así es que el nuevo modelo de la OMS, es Deficiencia – Discapacidad -

Minusvalía.

Dentro de la experiencia de la salud, la O.M.S. ofrece estas definiciones:

Una deficiencia es toda pérdida o alteración de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Una discapacidad es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales).

Si se reflexiona, según este esquema, no toda deficiencia comporta una discapacidad, ni todas las personas con deficiencias o discapacidades llegan necesariamente a una situación de minusvalía.

Las situaciones de minusvalía en personas con discapacidad menores de 65 años se distribuyen de la siguiente forma:

Minusvalía de Orientación: Personas que para recibir, asimilar y dar respuesta a las señales del entorno necesitan de otra persona.

Minusvalía de Independencia Física: Personas con dificultades graves para realizar las actividades de la vida diaria.

Minusvalía de Movilidad: Personas con imposibilidad de salir de casa si no son acompañadas de otra persona.

Minusvalía de Ocupación: Personas con graves dificultades para dedicarse al estudio, trabajo, deportes, etc. en las condiciones que son normales para su grupo de edad, sexo, cultura, etc.

Minusvalía de Integración Social: Personas con graves dificultades para establecer y mantener relaciones fuera del entorno familiar.

Minusvalía de Insuficiencia Económica: Personas caracterizadas por no disponer de ingresos suficientes para cubrir sus necesidades.

* NECESIDADES. APOYOS PÚBLICOS INSUFICIENTES

Las personas con minusvalía jerarquizan sus necesidades de la siguiente forma: prestaciones económicas, información general, asistencia sanitaria, rehabilitación, vivienda y empleo.

La atención sanitaria de las personas con minusvalía está garantizada en nuestro país por los servicios públicos de salud.

Actualmente, la práctica totalidad de las personas con minusvalía están escolarizadas.

Algunas se encuentran en Centros de Integración o en Centros de Educación Especial.

La mayoría vive con sus familiares y sólo menos del 1% está en Centros Residenciales.

La tasa de empleo de los minusválidos es aproximadamente la mitad que la del resto de la población.

El apoyo prestado a las familias con hijos minusválidos por parte de las Administraciones (nivel nacional, autonómico y provincial) es insuficiente.

Las viviendas que habitan la mayoría de las personas con minusvalía no están adaptadas ni disponen de una adecuada accesibilidad.

El 25% de la población presenta dificultades en su movilidad. La accesibilidad al medio físico es uno de los planteamientos más reivindicativos de la población minusválida con dificultades de movilidad y comunicación. Al parecer más del 72% encuentra dificultades de movilidad en su entorno. El medio rural aparece como menos limitador que el urbano.

A las reivindicaciones sobre accesibilidad han respondido con cierta prontitud las diversas Administraciones, legislando sobre el tema aunque lo que se hace necesario es que se lleven a efecto estas leyes, ese es el problema.

Reivindicaciones constantes, a nivel individual y colectivo, se producen en todos sitios en cuanto a adaptación y acceso a la vivienda, transporte, eliminación de barreras arquitectónicas y urbanísticas.

El tiempo libre y las actividades culturales son elementos fundamentales para la integración de las personas con minusvalía.

La ausencia generalizada de actividades creativas es un dato que llama la atención. Sólo el 12% de los menores de 65 años realizan en su tiempo libre actividades manuales y artísticas, y quienes participan en actividades deportivas, formativas, excursiones, no superan el 5%.

LEGISLACIÓN - ETAPAS

* ANTECEDENTES

Por el Real Decreto de 4 de Marzo de 1.922 se creó el Instituto de Reeducción Profesional, adscrito al Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria. Resulta sorprendente porque se encuentra un planteamiento integral de la Rehabilitación en plena década de los años veinte. No es exagerado afirmar que este Instituto fue el primer Centro Integral de Rehabilitación Español. Cumplía las siguientes funciones:

- 1) Readaptación Funcional
- 2) Reeducción Profesional
- 3) Tutela Social de los Reeducados

A los 10 años, se produce un retroceso ya que se pierde el inicial enfoque integral y se produce una visión fragmentaria y parcial, atendiendo especialmente a los aspectos médicos y descuidando el aspecto socio-laboral de las técnicas rehabilitadoras.

La posible red de Centros Integrales de Rehabilitación se frustraron.

El Instituto se pasó, posteriormente, a llamar Instituto Nacional de Reeducción de Inválidos. Se perdió la palabra profesional y pasó a depender del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

* LEY DE BASES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La Ley 193/1.963 de 28 de Diciembre supuso algún avance significativo en el plano legal. Para la orientación profesional se aludía a “la instalación de servicios psicológicos”.

Aunque lo legislado no era mucho, hasta ese momento, otros resultados se habrían obtenido si se hubiese llevado a la práctica las leyes.

La Ley de Bases de la Seguridad Social da un impulso decisivo a la rehabilitación laboral. Eje fundamental: Incorporar a las personas que presentan alguna invalidez a la vida activa.

Se anuncia ya la creación de un Servicio Social de Reeducción y Rehabilitación de Inválidos. Sin embargo la recuperación no pasó a la práctica.

Por el Decreto 241/1.968, Orden de 8 de Mayo de 1.970 se crea el Servicio de Asistencia a Menores Subnormales (incluía a Físicos y Psíquicos).

* CREACIÓN DEL SEREM

Por el Decreto 2.531/1.970, de 22 de Agosto se crea el Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos,(SEREM).

Se abandona la palabra inválido (invalidez permanente), y se comienza a utilizar el término minusválido (se pretende extender el campo de acción a los no afiliados al sistema de la Seguridad Social).

Se crea el órgano encargado del reconocimiento y calificación de las personas con minusvalía y se determina un doble requisito: disminución de la capacidad física o psíquica no inferior al 33% y la carencia de empleo a causa de la limitación de su capacidad.

El Decreto de 1.970 se desarrolla en tres Órdenes Ministeriales (24-11-1.971). Se regulan:

1) Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos, vinculándolo a la Dirección General de la Seguridad Social. Se le otorga el carácter de Servicio Común y se adscribe al Instituto Nacional de Previsión (INP).

2) El reconocimiento de la Condición de Minusválido se realiza a través de las Unidades Provinciales de Valoración (UPV).

3) Se regula la Formación Profesional.

A través de los Gabinetes Provinciales se realizan acciones de asistencia, orientación, formación y empleo.

Aparte de los órganos decisorios y planificadores el trabajo era competencia de los “Técnicos”. No se sabía muy bien el contenido de este concepto con excepción de los Asistentes Sociales que eran expertos en la materia.

Se organizaron cursos de formación y capacitación. Se daban casos de “entrega sin límites”. Las visitas a los Gabinetes Provinciales por parte de los Técnicos “Inspectores” eran frecuentes. Conocían bien el Servicio porque habían trabajado antes en algún Gabinete Provincial.

Se realizaron frecuentes gestiones de empleo a través de orientación y asesoramiento; colocación en Empresas que eran visitadas por parte de los Técnicos. La realidad fue que las colocaciones de minusválidos fueron numerosas.

A finales de 1.974 más de 2.000 minusválidos habían conseguido empleo. Se potenciaron Centros de Empleo Protegidos, Cooperativas y Asociaciones.

En 1.973 tiene lugar el primer Plan Asistencial en el que se recogían servicios y ayudas para: formación, empleo, recuperación, ocio y tiempo libre, orientación en general.

A través de las Agencias Comarcales de Información y Asesoramiento (ACIAS) se acercaba el Servicio al medio rural.

*** CONFERENCIA MINUSVAL 74**

Fue un significativo impulso para el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos. Surgió la revista MINUSVAL. Por medio de esta Conferencia Nacional sobre la Integración del Minusválido en la Sociedad se hizo participar a todos los Organismos y personas conocedoras del tema y con experiencia e ilusión para aportar soluciones a la problemática de los minusválidos.

Tuvo una gran acogida por parte de los medios de comunicación social, de Asociaciones y de numerosas personas y Entidades.

Se suscribieron más de 2.000 personas y hubo 40 Ponencias discutidas en 6 Comisiones y 162 Comunicaciones.

En 1.975 se produjo una regresión en el mercado de puestos de trabajo por lo que fue necesario potenciar el establecimiento profesional como autónomos de minusválidos necesitados de un puesto de trabajo.

Por el Real Decreto 1.023/1.976 de 9 de Abril se creó el Real Patronato de Educación Especial (físicos y psíquicos).

En 1.977, el SEREM sigue su proceso de tecnificación y surgen los Programas Individuales de Recuperación e Integración Social (P.I.R.I.S.) y los Programas de Orientación Individual (P.O.I.), dirigidos los primeros a los minusválidos físicos y los segundos a los minusválidos psíquicos.

Se elaboró una propuesta relativa al futuro de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (A.N.I.C.) que había dependido del Ministerio de Gobernación.

Se potenciaron los Centros de Empleo Protegidos y, finalmente, se llega a 1.978 con la celebración de la Asamblea Estatal de Minusválidos. Se eligieron tres representantes de los minusválidos físicos motóricos para el pleno de la Comisión Interministerial, y tres representantes de los minusválidos físicos y uno de los sensoriales para la Comisión Permanente.

Se dio un protagonismo ascendente de las Asociaciones; un movimiento importante de la iniciativa social y una gran capacidad reivindicativa.

Se produjeron frustraciones de las Asociaciones de Minusválidos por entender que la Comisión Interministerial no asumía las reivindicaciones planteadas y que la Comisión no era suficientemente representativa.

* CREACIÓN DEL INSERSO

Por el Real Decreto-Ley 36/1.978 de 16 de Noviembre se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales (I.N.S.E.R.S.O.).

Desaparecen el Instituto Nacional de Previsión, el Mutualismo Laboral y el SEREM.

Hay un nuevo esquema de organización. Son tres Entidades Gestoras de la Seguridad Social:

- 1.- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) para las prestaciones económicas.
- 2.- Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para la asistencia sanitaria.
- 3.- Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) para la prestación de servicios sociales.

El INSERSO es una Entidad Gestora con personalidad jurídica propia y aunque se habla de servicios sociales para toda la población, el resultado es un Instituto que realmente gestiona lo referente a Minusválidos y Tercera Edad.

Se produce un retroceso en 1.980 ya que el Plan de Prestaciones sólo acogía a los beneficiarios de la Seguridad Social. Esta decisión fue criticada por adecuar el Plan a los criterios de una Seguridad Social de carácter contributivo. Los perjuicios sociales que se derivaban pudieron ser en parte asumidos por el Fondo Nacional de Asistencia Social, creado en los años 60.

El Real Decreto 620/1.981 de 5 de Febrero dio lugar a que el Plan de Prestaciones se regulase, por vez primera, por una normativa interministerial: Régimen Unificado de Ayudas Públicas a Disminuidos.

El INSERSO empieza a tomar parte en reuniones de carácter internacional y en concreto, se produjo la cooperación con Rehabilitación Internacional. Se participó en Asambleas Mundiales de Rehabilitación Internacional: Filipinas, Canadá, Holanda.

Se tradujo y se publicó en España la “Carta para los años 80”. Se editó un Boletín conjunto para toda el área Iberoamericana. En relación al Consejo de Europa, se participó en reuniones anuales del Comité de Rehabilitación y Empleo de Minusválidos, teniendo lugar una de ellas en Madrid.

Se dio una participación del INSERSO en el ámbito de las Naciones Unidas: OIT, UNESCO, OMS.

Se tomó parte en el Certamen “Mille Bambini” en Italia en el que se buscaba la integración de los minusválidos a través de la participación de los niños.

CENTROS BASE

*** FINALIDAD**

Se van definiendo las funciones de las Direcciones Provinciales del INSERSO y de las, entonces, Subdirecciones de Atención a Minusválidos y de Tercera Edad.

La finalidad de los Centros Base fue que dispusieron de las áreas, medios materiales y personales suficientes para dar respuesta a la realización de los programas de recuperación así como la prescripción de algunos tratamientos y por supuesto, algo básico: información y orientación.

Había una finalidad de rehabilitación integral: Fisioterapia, Logopedia, Psicomotricidad, Recuperación Profesional e Integración Laboral y Social.

Pero a partir del Real Decreto 1723/1.981 de 24 de Julio sobre reconocimiento y calificación de la Condición de Minusválido, todo lo anterior sin perder su lugar fue ampliamente rebasado por la necesidad de proceder a los reconocimientos oficiales de la condición de minusválido. El Equipo de Valoración y Orientación (E. V.O.) cobró un protagonismo que fue creciendo hasta la actualidad en que se ha producido una fuerte demanda en este sentido, viéndose desbordado el Centro Base por las solicitudes de Reconocimiento con distintos efectos para los Usuarios.

En términos generales, el Centro Base es el lugar en el que se prestan servicios de información y orientación, valoración, diagnóstico, tratamiento rehabilitador y recuperación profesional a las personas afectadas por cualquier tipo de minusvalía. Los Usuarios pueden ser todas aquellas personas, sin límite de edad, estén o no afiliadas al sistema de la Seguridad Social, que tengan una minusvalía física, psíquica o sensorial.

EL CENTRO BASE DE MÁLAGA comenzó a funcionar en 1.978.

Las Áreas de que consta son las siguientes:

*** ÁREA DE INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN**

La información y orientación iniciales constituyen una necesidad primordial de las personas atendidas en los Centros Base de Minusválidos y, en consecuencia, deben ser consideradas como una de las funciones básicas de dichos Centros. Este Área tiene como

objetivo atender a las personas con minusvalía, a sus familias, y en general a cualquier Usuario que presente alguna problemática o que efectúe alguna demanda, bien específica del Centro Base o en relación a otro Organismo hacia el cual debe ser orientado proporcionándole los datos suficientes.

En el Área de Información y Orientación se proporciona la información adecuada sobre los diferentes recursos, propios o ajenos, que requiere cada caso según situación y circunstancias personales, familiares y sociales. También se les presta una orientación que es, en una gran cantidad de casos, la primera necesidad que presentan. En el transcurso de la entrevista pueden ser conscientes de que el problema no estaba bien planteado o que habían optado por alguna solución no conveniente. Por ejemplo, ante la demanda de una P.N.C. por parte de una persona joven con minusvalía se le puede abrir el horizonte de una adecuada formación profesional ocupacional que supondría unas mejores perspectivas, una futura integración laboral.

El Área de Información y Orientación tiene tres vertientes:

a) En relación a los usuarios del Centro Base:

- Primera entrevista para atender sus demandas, informar y orientar según la situación planteada.

- Recepción de las solicitudes para el reconocimiento de la Condición de Minusválido con la finalidad de ser citados por el EVO correspondiente.

- Facilitar la conexión de cada persona, familia o colectivo (asociaciones) con otros Organismos, Entidades o Centros por medio de información oral, escrita o telefónica, según necesidades.

- Realización de posteriores entrevistas a aquellas personas cuyo caso requiera un seguimiento y una orientación más concreta y detallada.

- Visitas a domicilio en aquellos casos en que la afectación grave del Minusválido lo requiera, intentando realizar una terapia de apoyo y estimulándole para que salga de su aislamiento. En algunos casos se les conecta con Asociaciones cuyos miembros presentan características semejantes.

b) En relación a los distintos profesionales del Centro Base:

- Contactos e intercambios sobre determinados casos que requieren consultas mutuas.

- Información solicitada sobre distintos temas, recursos, etc.

- Reunión mensual con todos los Asistentes Sociales del Centro

Base para informar de nuevos recursos de otros Organismos, Entidades y Organizaciones; cambios que se han producido y, en general, intercambios de ideas.

c) En relación a otros Organismos y Entidades, y con Profesionales de diversas Instituciones

- Contactos frecuentes para información mutua y coordinación a nivel de Profe-

sionales.

- Coordinación en cuanto a visitas de Centros, Instituciones, Entidades y Organismos en general.

Igualmente se invita a los Profesionales a visitar el Centro Base.

- Charlas-Coloquios en distintos Centros y Entidades para informar sobre la finalidad de los Centros Base, sobre el mundo de las personas con minusvalía y en general, tratando de conseguir la mentalización de la sociedad.

Algunos de los contactos habidos en los últimos tiempos. Visitas “in situ”:

- Ayuntamiento: Sede de los Servicios Sociales para contactar con los Servicios Sociales Comunitarios y Especializados. A través de estos contactos se obtiene una relación gráfica de todos los servicios con sus correspondientes direcciones, teléfonos, horarios de atención al público, etc.

- Contacto con el Negociado de Tráfico para posibles exenciones.

- Educación y Ciencia: Equipos de Orientación Educativa, Becas, Centros de Adultos, etc.

- Servicio Andaluz de Salud: Obtención de listados de los Centros de Salud de Málaga y provincia. Contactos con el Hospital Clínico, Hospital Carlos haya, Centros de Especialidades, etc.

- Diputación Provincial: Conexión con los Profesionales de la Sede Central de los Servicios Sociales.

- Delegación Provincial de Trabajo: Departamentos de Formación Profesional Ocupacional, Ayudas para establecimientos autónomos, Programa de Solidaridad, etc.

- Instituto Nacional de la Seguridad Social: Contactos con Protección Familiar, Pensionistas, etc. Obtención de varios ejemplares de la última Guía editada de Prestaciones de la Seguridad Social.

- INEM - MUFACE - ISFAS - TELEFÓNICA – CENTROS de SALUD MENTAL - ONCE - ASOCIACIONES de MINUSVÁLIDOS (Físicos, Psíquicos, Sordos, Alzheimer, Frater, Lúpicos, Espina Bífida, Diabéticos, etc.)

- CENTROS de EDUCACION ESPECIAL – TALLERES OCUPACIONALES - HACIENDA - GERENCIA PROVINCIAL DEL LA.S.S. (contactos frecuentes)- etc.

*** ÁREA DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN**

Constituye el ámbito propio de actuación del Equipo Multiprofesional del Centro. Se da una atención personalizada de cada Usuario, obteniendo un conocimiento lo más exacto de su situación, de sus limitaciones y de sus capacidades residuales.

Se trata de establecer, en los casos que así lo requieran, una orientación o programa rehabilitador que le permita el máximo desarrollo personal y/o social. Se elaboran los

Dictámenes Técnicos Facultativos que se precisan para reconocimiento y acceso de las personas con minusvalía a los derechos, prestaciones, servicios y ayudas establecidos legalmente.

El Equipo de Valoración y Orientación está compuesto por Médico, Psicólogo y Asistente Social. Cada uno entrevista a cada persona y elabora su propio Informe que, posteriormente, son vistos en Comisión, en donde se procede a la calificación global de la minusvalía.

Se valoran, en los casos que así lo requieren, la situación del Minusválido a efectos de Ingreso en Centros de diversos tipos: CRMF, CAMP, CAMP, CO, etc.

Se realizan Informes Técnicos sobre la adecuación del minusválido al puesto de trabajo y se emiten los Certificados de Aptitud Laboral que solicita el INEM.

* RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE MINUSVÁLIDOS: PRESTACIONES Y BENEFICIOS

De los Certificados de Minusvalía se derivan **prestaciones** y **beneficios** que se especifican a continuación:

- Apoyo a la integración (reserva de un 5% de plazas en Guarderías).
- Medidas de apoyo al Empleo (empleo ordinario, empleo especial y formación profesional ocupacional).
- Prestaciones de derecho individual derogadas para nuevas solicitudes pero vigentes las concedidas:
 - * Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos (USMI)
 - * Subsidio de Ayuda a Tercera Persona (USMI)
 - * Ayudas periódicas a Incapacitados (FAS)
- Prestaciones de derecho individual actuales:
 - * Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica
 - * Subsidio de Movilidad y Compensación por gastos de transporte.
 - * Pensiones de Invalidez no Contributiva (Ley 26/1990 de 20 de Diciembre).
 - * Prestación por Hijo a Cargo.
- Subvenciones Individuales:
 - * Convocatoria de Ayudas Públicas Anuales:
- Rehabilitación (Fisioterapia, Psicomotricidad, Terapia del Lenguaje, etc.)
- Asistencia en Instituciones y Centros.
- Movilidad y Comunicaciones
- Promoción e Integración Laboral

- Ayudas Complementarias de Comedor, Transporte y Residencia.
- Subvenciones Institucionales:
 - * Adquisición, Construcción, Reforma y/o Ampliación, Equipamiento, Mantenimiento, Eliminación de Barreras Arquitectónicas, etc.
- Centros Concertados
- Beneficios Fiscales Individuales:
 - * Beneficios respecto al Impuesto sobre la Renta (IRPF)
 - * Beneficios respecto a Impuestos Especiales (Vehículos, Prótesis, Aparatos Ortopédicos).
- Otros Beneficios:
 - * Exención del Impuesto de Circulación para Vehículos adaptados.
 - * Bonificación del 50% del precio del billete en viajes interurbanos.
 - * Rebaja de la tarifa telefónica a partir del 65 % de minusvalía.
- Beneficios Fiscales para Instituciones sin ánimo de lucro (Asociaciones, Fundaciones, etc).
- Barreras Arquitectónicas:
 - * Accesibilidad y Reserva de viviendas.
 - * Supresión de barreras en edificios públicos.
 - * Accesibilidad en materia urbanística
 - * Normas de clasificación de los establecimientos hoteleros (accesos y porcentajes de habitaciones adaptadas).
 - * Eliminación de barreras arquitectónicas y en el transporte.
 - * Tarjeta de Aparcamiento para personas con movilidad reducida.

*** ÁREA DE TRATAMIENTOS**

Como consecuencia del proceso de valoración y orientación puede derivarse un tratamiento que, en algunos casos, llevarán a cabo los profesionales del Area de Tratamiento del Centro Base.

Se trata de un número necesariamente limitado de los servicios requeridos dada la dotación escasa del Centro Base que no podría atender a toda la población que pasa reconocimiento.

En el Centro Base de Málaga se imparten en la actualidad, los siguientes tipos de tratamientos:

- *Tratamiento de Fisioterapia:*

1) Atención directa en el Centro a niños menores de 4 años con un tratamiento de Fisioterapia globalizador (orientación educativa a padres: Guarderías, escolarización e información general).

2) Atención directa a niños minusválidos en Guarderías y a menores de un año y medio con retraso psicosocial (actualmente: Guardería Santo Angel y Asperones).

3) Atención directa a Asociaciones de Minusválidos que lo soliciten y se considere oportuno su seguimiento rehabilitador.

4) Orientación a personas con minusvalía en los temas que competen al fisioterapeuta.

5) Colaboración con los diferentes Profesionales del Centro Base en orientación y asesoramiento.

6) Participación en Reuniones, Charlas, etc., relacionadas con el tema del tratamiento fisioterapéutico.

- *Tratamiento de Logopedia:*

1) Tratamiento en la sede del Centro Base:

- Retrasos madurativos en niños

- Disfemias y tartamudez en adolescentes

- Trastornos de voz y laringectomía en adultos

- Afasias en adultos

2) Tratamientos en Guarderías:

- Guardería Santo Angel: niños entre 1 '5 Y 3 años con minusvalías físicas y psíquicas.

- Guardería Los Asperones: niños entre 1 '5 Y 3 años con retrasos en el lenguaje por problemas de tipo socio-ambiental.

3) Colaboración con los Equipos de Valoración y Orientación.

- *Tratamiento de Acupuntura:*

1) Sesiones a partir de las 12.00 horas en días alternos.

2) Duración del tratamiento aproximadamente de un mes por paciente.

3) En cada sesión se trata a 4 pacientes debido a las limitaciones de tiempo, ya que el tratamiento de Acupuntura es impartido por uno de los Médicos de los Equipos de Valoración y Orientación.

4) Las patologías a tratar son principalmente las relacionadas con el dolor.

*** PROGRAMA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO EN GUARDERÍAS DEL IASS:**

*** Objetivos:**

- 1) Conocer los antecedentes personales, familiares y sociales de cada niño/a.
- 2) Detección precoz de las alteraciones que faciliten una rápida integración.
- 3) Llevar a cabo un seguimiento del niño a lo largo de su estancia en la Guardería.
- 4) Coordinación y/o derivación a otros servicios (sanitarios, educativos y sociales) si fuese necesario.
- 5) Estimular el desarrollo y maduración del niño/a en estas edades.

*** Actuaciones:**

- 1) Información proporcionada por los padres mediante el cuestionario que deben rellenar con la orientación de los Profesionales.
- 2) Observación actual del desarrollo del niño/a proporcionada por los Profesionales mediante la Escala de observación como método de “despistaje inicial”.
- 3) Evaluación Multiprofesional. Una vez realizada la detección inicial, se realizarán las orientaciones necesarias o evaluación más profunda de los niños que lo requieran.
- 4) Revisión de todos los niños que presentan minusvalía. Entrevistas a padres y pautas a los Educadores.
- 5) Coordinación con distintos Centros de Estimulación Precoz (FUENSOCIAL, ASPANDEM, Centro Comarcal de Vélez y Centro Comarcal de Antequera).
- 6) Adaptación y entrega de material para los niños con déficit motor integrados en la Guardería.
- 7) Coordinación con el Equipo de Tratamiento del Centro Base (Logopedia y Fisioterapia).
- 8) Derivación a los Servicios Sociales de aquellos casos en que se ha detectado grave problemática socio-familiar.
- 9) Coordinación con el Equipo de Motóricos de Educación para el seguimiento de los niños discapacitados con la finalidad de lograr su adaptación en la guardería y en el hogar.

ANÁLISIS DE LA LEY DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS MINUSVALIDOS (LISMI)

*** PRINCIPIOS**

En 1.982 el Congreso de los Diputados aprobó por consenso de todos los Grupos Parlamentarios la Ley 13/1.982 de 7 de Abril de Integración Social de los Minusválidos, inspirada en los valores constitucionales de la dignidad de la persona, igualdad de todos los

españoles ante la Ley y solidaridad con los más desfavorecidos.

La LISMI insiste a lo largo de su articulado en principios y directrices generales que tratan de orientar el desarrollo de las acciones. Se refieren tanto a qué fines últimos son los que hay que pretender respecto al colectivo de discapacitados, cuanto a cómo organizar los recursos y cual deben ser a este respecto las estrategias prioritarias.

Los principios se fundamentan en los derechos que el art. 49 de la Constitución Española de 1.978 reconoce a las personas con minusvalía para lograr su completa realización personal y su total integración social, y a los disminuidos profundos, la asistencia y tutela necesaria.

* APARTADOS

- Prevención de las minusvalías.

- Diagnóstico y Valoración de minusvalías (el baremo para la determinación del grado de minusvalía se encuentra en la Orden de 8 de Marzo de 1.984).

- Sistema de prestaciones sociales y económicas (para aquellos minusválidos que no tengan trabajo y no estén incluidos en la Seguridad Social):

- a) Asistencia Sanitaria y Prestación Farmacéutica

- b) Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos (derogado y sustituido por la Ley de P.N.C.)

- c) Subsidio de Ayuda de Tercera Persona (derogado y sustituido por la Ley de P.N.C.)

- d) Subsidio de Movilidad y Compensación para gastos de transporte.

- Rehabilitación. Para adquirir el máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social, fundamentalmente a través de un empleo adecuado.

- a) Rehabilitación médico-funcional

- b) Tratamiento y orientación psicológica

- c) Educación. Integración en el sistema ordinario de la Educación General, o bien, Educación Especial para casos concretos.

- d) Recuperación Profesional. Los procesos de recuperación profesional comprenden, entre otros, las siguientes prestaciones:

- Tratamiento de rehabilitación médico-funcional, orientación profesional, y formación, readaptación o reeducación profesional.

- Este apartado de la Ley no ha sido desarrollado todavía.

- e) Integración Laboral. Reserva del 2% de puestos de trabajo para minusválidos en Empresas Públicas y Privadas que tengan más de 50 trabajadores.

En las pruebas selectivas para ingreso en la Administración serán admitidos los minusválidos en igualdad de condiciones que los demás. Subvenciones para la adaptación de los puestos de trabajo, eliminación de barreras arquitectónicas en los Centros de Trabajo y establecimiento como trabajadores autónomos.

Registro de trabajadores minusválidos en las Oficinas de Empleo del INEM (la coordinación con los Equipos Multiprofesionales que estaba prevista no se lleva a efecto).

Centros especiales de empleo.

Centros Ocupacionales (Terapia ocupacional y ajuste personal y social). Servicios Sociales a través de los que se orientan a las familias y se proporciona información en general, residencias y hogares, actividades culturales y deportivas, ocupación del Ocio y Tiempo Libre.

f) Movilidad y Barreras Arquitectónicas. Las Administraciones Públicas aprobarán las normas urbanísticas y arquitectónicas con las condiciones a que deberán ajustarse los proyectos. Los edificios, calles, parques, jardines, serán adaptados gradualmente. En los proyectos de viviendas de V.P.O. y viviendas sociales se programará un mínimo del 3% con las características de construcción suficientes para facilitar el acceso a los minusválidos.

Reformas de viviendas debido a la minusvalía (subvenciones).

* COORDINACIÓN DE ORGANISMOS: LAGUNAS, AVANCES, RETROCESOS.

Algunos de los apartados de la LISMI están por desarrollar y, en Málaga, se ha constatado que la interpretación de la LISMI, resaltando las prestaciones económicas, produjo una “invasión” del Centro Base por parte de personas que, más que minusválidos, era un colectivo de 3ª Edad. Eran personas que por su edad, daban como resultado lo que se interpretó, en sentido muy amplio como minusválidos, sin realmente serlo.

De hecho algunos minusválidos reconocidos años atrás, al llegar al Centro Base, manifestaban su asombro y algunos llegaron a decir que aquellas personas no eran propiamente minusválidas, o lo que es lo mismo, el Centro Base ya no era un Centro propiamente de minusválidos.

Durante esos años se produjo efectivamente lo que se podría considerar un retroceso en la atención a los minusválidos, ya que había que proceder al reconocimiento de muchas personas con la finalidad de conseguir prestaciones económicas. Otros aspectos propiamente rehabilitadores quedaron olvidados. Esta confusión entre minusválidos y 3ª Edad se solucionó años después con la Ley de Pensiones No Contributivas de la Seguridad Social que distinguió claramente las situaciones de Invalidez y de Jubilación, al igual que en el sector contributivo de la Seguridad Social.

Y sin embargo, la LISMI conceptúa la Rehabilitación como un conjunto coherente de medidas sanitarias, educativas, profesionales y de servicios sociales. Asume con ello un modelo de intervención muy avanzado y superador de enfoques parciales y fragmentados, focalizados casi exclusivamente en los déficits de la persona y no en la persona misma.

Este concepto de la Rehabilitación como proceso integral, que excede cualquier ámbito exclusivamente sectorial no está todavía bien implantado y generalizado en España. Frente a un posicionamiento metodológico, cada vez más asumido por diferentes grupos de Profesionales, todavía pesan mucho la formación parcial de los “especialistas” y, más que nada, las inercias y planificaciones autosuficientes de los diferentes Departamentos llamados a coordinarse...

Probablemente la deficiente regulación que la LISMI hace de la función coordinadora de las distintas Administraciones ha sido la causa del desconcierto y desorientación imperantes durante los años siguientes a la entrada en vigor del texto legal. Se produjo lo siguiente:

- 1) Incumplimiento del calendario previsto
- 2) Desacuerdos entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas.
- 3) Bloqueo en la búsqueda de fórmulas satisfactorias para la colaboración entre las distintas Entidades relacionadas con el campo de las minusvalías.

No obstante, se fue avanzando aunque lentamente en la correcta dirección. Fueron pioneros los Equipos Multiprofesionales del INSERSO y los Equipos Multiprofesionales de Educación y Ciencia. Le siguieron en los años 80 ciertos Equipos que trabajan en Salud Mental, en la Atención de Niños y Jóvenes Inadaptados y en la rehabilitación de Drogadictos.

Este enfoque se está imponiendo también, en las unidades de apoyo de rehabilitación en Atención Primaria y en el trabajo con grupos de alto riesgo a través de Programas específicos.

Se llegó, por fin, a la operatividad de una antigua fórmula: el Real Patronato. Se adaptó su organización y funciones al objeto de conseguir una mayor adecuación de los mismos a los objetivos de colaboración, cooperación e intercambio entre los distintos ámbitos. Se trata ya del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Participan representantes de la Administración del Estado y del sector privado y en la que colaboran las restantes Administraciones Públicas, así como entre éstas y las asociaciones y entidades Privadas.

En cuanto a las Comunidades Autónomas permanecieron a la expectativa en una primera fase y después comenzaron a descubrir campos nuevos de actuación. Concretamente en Andalucía se aprobó al cabo de los años la Ley 2/1.988 de 4 de Abril de Servicios Sociales y se creó el Instituto Andaluz de Servicios Sociales (I.A.S.S.) como Organismo Autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía para la gestión de los Servicios Sociales.

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN EDUCATIVA A ALUMNOS DISCAPACITADOS

* LEGISLACIÓN BÁSICA

LISMI

Art. 23: “El Minusválido se integrará en el Sistema ordinario de la Educación General,

recibiendo en su caso los programas de apoyo y recursos que la presente Ley reconoce”.

art. 27. “Solamente cuando la profundidad de la minusvalía lo haga imprescindible, la educación para minusválidos se llevará a cabo en Centros Específicos”.

REAL DECRETO 334/1.985 de Ordenación de la Educación Especial donde se regulan:

- La Integración en el Sistema Educativo General
- Los Centros Específicos
- La Atención Temprana
- La prolongación de la escolarización hasta los 18 años.

ANDALUCÍA: Órdenes de 25 de Marzo de 1.986 y 27 de Abril de 1.987. Por estas Órdenes se planifica la Educación Especial en la Comunidad Andaluza.

L.O.G.S.E. (Ley Orgánica 1/1.990 de 3 de Octubre). Se regula de forma general la atención a alumnos con necesidades educativas especiales.

*** ACTUACIONES**

En el curso 1.985-86 se inicia el Plan de Integración Escolar con el asesoramiento y la atención de los Equipos de Promoción y Orientación Educativa (E.P.O.E.s.) y los Equipos de Atención Temprana e Integración (E.A.T.A.I.s.) compuestos por Psicólogos y/o Pedagogos, Médicos Rehabilitadores y Logopedas que atendían las necesidades educativas especiales de los alumnos integrados en Centros Ordinarios. Al mismo tiempo se incrementan los recursos personales en los Centros Educativos con nuevos Profesores de Pedagogía Terapéutica, Audición y Lenguaje, y Educadores a la vez que se legisla la reducción de la ratio Profesor/Alumno en aulas ordinarias con alumnos discapacitados.

Durante el curso 1.995-96 se remodela la organización de los Equipos Multidisciplinares (EPOEs y EATAIs) y se constituyen los llamados Equipos de Orientación Educativa (E.O.E.s).

En la actualidad, y dentro de la provincia de Málaga existen 17 Equipos de los cuales 6 actúan en Málaga capital y los otros 11 en el resto de la provincia.

Además de estos Equipos (entre cuyas funciones está la rehabilitación física de alumnos discapacitados físicos escolarizados), se creó a nivel provincial un Equipo de Asesoramiento a Discapacitados Motóricos al que pueden acceder para su orientación tanto padres como profesores de alumnos. Entre sus funciones están la adaptación de material pedagógico y de mobiliario, y la orientación en sistemas alternativos de comunicación.

De igual forma en los Centros de Educación Secundaria se están creando los Departamentos de Orientación que se dirigen a orientar integralmente a los alumnos matriculados en esta modalidad educativa. Se han ido creando de forma progresiva nuevas Aulas de Formación Profesional Especial y Programas de Garantía Social para alumnos que, habiendo acabado la Enseñanza Primaria y/o la Enseñanza Secundaria Obligatoria

(E.S.O.) no tienen acceso a otra modalidad educativa ni al mercado laboral.

En Educación de Adultos se firmó un acuerdo entre la Confederación Andaluza de Minusválidos Físicos y la Consejería de Educación y Ciencia por la que se atenderían en las Sedes de las Asociaciones a adultos discapacitados en Programas de Alfabetización y/o obtención del Graduado Escolar. En la provincia de Málaga este Programa se lleva a cabo en la Asociación AMIVEL de Vélez-Málaga.

EL EMPLEO: UNA META PERMANENTE

* PRINCIPIOS Y NORMATIVAS

Las más solemnes normas institucionales proclaman el derecho de las personas al trabajo y comprometen a los Estados a realizar acciones políticas para la garantía del pleno empleo... ?

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1.948) dice que “todos los seres humanos nacen iguales en dignidad y derechos”.

La Carta Social Europea de 1.961 garantiza el “ejercicio efectivo del derecho al trabajo”.

La Organización Internacional del Trabajo y el Consejo de Europa insisten en el trabajo de los minusválidos.

La Constitución Española de 1.978 refleja esta preocupación y habla de “pleno empleo” con garantías especiales para los “disminuidos”, en su art. 49. Este artículo compromete a los poderes públicos a “realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que prestarán la atención especializada que requieran ... “

Para desarrollar la previsión constitucional el Parlamento español aprobó la Ley 13/1.982 de 7 de Abril de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).

Las Oficinas de Empleo estaban obligadas a llevar un registro de trabajadores minusválidos demandantes de empleo y tendría que haber coordinación entre tales Oficinas de Empleo y los Equipos Multiprofesionales calificadores de las minusvalías.

Se determinan tres niveles de integración laboral:

- 1) Integración normal en la Empresa
- 2) Integración protegida en los Centros Especiales de Empleo
- 3) Integración protegida en Centros Ocupacionales

1) Integración normal en la Empresa: Cualquier Empresa que tenga un número fijo de trabajadores que superen los 50 está obligada a emplear un porcentaje de trabajadores minusválidos no inferior al 2% de su plantilla.

En cuanto a esta reserva del 2% que no se refleja en la LISMI en cuanto a la Administración Pública -el mayor “empresario” del país quedó establecida en 1.988 a instancias

del Defensor del Pueblo en el 3% para la Administración Pública hasta alcanzar el 2% de los efectivos totales de la administración del Estado. Ha sido recogido este 3% en las sucesivas ofertas de Empleo Público.

Es de todos conocido que las Empresas Privadas son subvencionadas con una cantidad inicial de 500.000 pesetas y con la bonificación en las cuotas empresariales a la Seguridad Social (contratos por tiempo indefinido).

Hay que mencionar igualmente los contratos de trabajo para la formación, los contratos de trabajo en prácticas y los contratos de trabajo temporales como medidas de fomento del empleo.

2) Integración protegida en los Centros Especiales de Empleo: La LISMI es poco explícita sobre los Centros Especiales de Empleo, careciendo prácticamente de normas concretas que posibiliten su creación y funcionamiento aunque, como excepción, establece el criterio de que la totalidad de la plantilla habrá de estar constituida por trabajadores minusválidos sin perjuicio de los puestos de trabajo reservados al personal no minusválido imprescindible para el desarrollo de la actividad.

La organización y funcionamiento de los Centros Especiales de Empleo fue regulado por el Real Decreto 2.273/1.985 de 4 de Diciembre por el que se aprobó su Reglamento.

Existen subvenciones para el mantenimiento de puestos de trabajo en los Centros Especiales de Empleo y una preocupación prioritaria ha sido la de llegar a conseguir la mayor semejanza posible con la Empresa ordinaria con el fin de favorecer la futura integración de los minusválidos en el mercado general de trabajo.

3) Integración protegida en Centros Ocupacionales: Los Centros Ocupacionales fueron previstos para integrar a los minusválidos cuya capacidad queda por debajo de los límites que dan lugar a la integración en los Centros Especiales de Empleo. Deben asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a los minusválidos que los integren.

Los Centros Ocupacionales fueron regulados por el Real Decreto 2.274/1.985 de 4 de Diciembre que definió la naturaleza, características y condiciones mínimas de estos Centros.

Toda la legislación española constata el hecho de que los planes de protección a los minusválidos se han venido sucediendo e incluso superponiendo “en un desaforado esfuerzo normativo”, combinando prestaciones de la Seguridad Social, Servicios Sociales y otras ayudas diversas.

* ACTUACIONES

La realidad es que el nivel de empleo es aproximadamente la mitad que el de la población general en edad laboral.

De los trabajadores discapacitados el 20% trabaja en Centros Especiales de Empleo, el 4% en la Administración, el 13% son trabajadores autónomos y el resto, 59%, empleado en

Empresas Privadas o Públicas.

En el trabajo autónomo predominan las personas con minusvalías físicas y los minusválidos psíquicos trabajan fundamentalmente en Centros Especiales de Empleo.

Servicio de Orientación e Integración Laboral (S.O.I.L.)

El SOIL va dirigido a toda persona discapacitada a partir de un porcentaje de minusvalía del 33%.

Se llevan a cargo acciones de orientación e inserción laboral.

Se informa sobre cursos de formación profesional y se asesora en cuanto a autoempleo y adaptación de puestos de trabajo.

Existe una Bolsa de Trabajo dirigida a minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales.

Se informa a las Empresas sobre los beneficios que pueden obtener a través de la contratación de personas con minusvalía así como de la obligatoriedad que está establecida por Ley de reservar el 2% de puestos de trabajo en Empresas de más de 50 trabajadores.

El SOIL fue creado dentro del marco comunitario europeo. Y desde esa iniciativa comunitaria de empleo que es el Programa HORIZON, se enmarca el Proyecto INTEGRA II que va dirigido a jóvenes discapacitados para su posterior integración laboral. En Málaga se lleva a cabo conjuntamente con la Asociación Federada de Sordos desde el Centro Base de Minusválidos.

Se ha presentado al Parlamento Andaluz un Proyecto de Ley para que el Servicio de Orientación e Integración Laboral sea un servicio permanente del Centro Base.

LA FAMILIA Y EL ENTORNO DE LAS PERSONAS CON MINUSVALÍA

*** ACTITUDES**

En el ámbito de la rehabilitación integral la principal consideración ha sido, generalmente, la propia persona con discapacidad. Sin embargo no debe olvidarse a la Familia ni a las personas cercanas.

La aparición de una discapacidad puede unir O separar a una familia. Pueden abundar las situaciones de sobreprotección que limitan a la persona con minusvalía en vez de estimularla. Debe tenerse en cuenta el hecho de que en el proceso rehabilitador es muy necesario ayudar a las familias a que faciliten a la persona con discapacidad una mayor independencia.

Los profesionales que diagnostican deben ofrecer una amplia información sobre las diferentes formas de rehabilitación. La situación debe exponerse de forma esperanzadora con respecto al presente y al futuro, por lo tanto, la información ha de darse de forma positiva y, sin embargo, realista.

Cada persona y cada familia reaccionan de forma diferente ante una misma situación,

por tanto, se requiere un enfoque individual que responda a las necesidades específicas de cada familia y de cada uno de sus componentes.

Una función importante del Equipo Rehabilitador es poner al alcance de la familia suficiente información sobre ayudas económicas, educación, formación, ayudas técnicas, así como sobre aspectos legales y administrativos. Por lo general, las familias tras el diagnóstico pueden mostrarse deprimidas e incapaces, o reaccionar con un complicado proceso de búsqueda de información.

La comunicación es un proceso de intercambio, por lo tanto además de informar, es necesario que los profesionales escuchen lo que las personas con discapacidad y sus familias dicen, prestando atención especial a la comunicación no verbal.

* DISEÑO DE UN PROYECTO FAMILIAR

Resulta muy difícil construir una casa, reformarla o mejorarla sin haber diseñado los planos. Para edificar, modificar, reformar actitudes familiares y conseguir que sean positivas, es necesario conocer la situación de la que se parte. Es posible que se haya andado bastante camino y que el panorama no resulte, a veces, optimista. No importa. Son datos a tener en cuenta pero no suponen algo determinante. No se puede ni dramatizar ni ser superficiales. Hay que contar con los datos actuales: puntos fuertes y lagunas; posibles expectativas y posibles peligros. En ocasiones resulta necesario formularse preguntas radicales: por ejemplo, los padres ¿qué estoy haciendo de mi matrimonio y de mis hijos? ¿qué debería cambiar, arrancar, poner? y no asustarse ante nada de lo que, en esta actitud de reflexión, lleguen a encontrar.

Lo que no se puede, ni los padres, ni los hijos, ni los profesionales, ni nadie, es llegar a un punto en que se funcione rutinariamente, por costumbre, porque es la moda de hacer tal cosa”.

El hecho de que un miembro de la familia o la misma persona con minusvalía se plantee “no puedo, lo he intentado todo, me faltan recursos” ha de conducir necesariamente a poner en orden las ideas, marcarse metas asequibles pero exigentes y ponerse a actuar. Hay que tener una voluntad decidida de no empequeñecerse ante los fracasos, a veces, sólo aparentes fracasos. ¿Qué sabemos si la derrota de hoy no será el augurio de una victoria definitiva?

Del concepto que se tenga sobre la familia depende, en cierta medida, el ambiente familiar y ese clima influirá positiva o negativamente sobre la persona con minusvalía y en el resto de los miembros de la familia.

Si sólo vemos en la familia un conjunto de “individuos aislados” se producirá un conflicto de egoísmos.

Si cada cual reivindica “sus derechos” se habrá edificado una mediana casa de “huéspedes”.

En el verdadero ámbito familiar cada uno tiene un valor por sí mismo, cada persona es irreplicable y tiene un valor inestimable, y en ese ambiente con calor de hogar, cada

miembro y también la persona con minusvalía se desarrollarán muy positivamente, encontrarán estímulos para salir adelante, para vencer dificultades, dificultades que todo ser humano tiene.

* COMUNICACIÓN

La comunicación es importantísima. Hay que cuidar el diálogo. Un diálogo para saber escuchar y para saber hablar, dos asignaturas permanentemente abiertas a la mejora.

Se dice que estamos en la sociedad de la comunicación pero ésta falta a menudo donde es más necesaria: en la familia.

En una reciente investigación sobre la intensidad en la comunicación familiar en la que participaron 400 familias se descubrió que sólo un 5% de la comunicación podría considerarse profunda mientras que la superficial obtendría un tanto por ciento muy considerable y también era alto el porcentaje de comunicación patológica. Estudiadas las causas de esta problemática se destacaban: El juego, los malos tratos, la infidelidad, el paro, la droga, la bebida.... sin embargo, la causa principal de una lista de veinte no tenía nombre: era sencillamente el no atender a pequeños detalles en la convivencia familiar. Este olvido de pequeñas cosas, que hacen agradable la vida diaria, debilitan la cohesión del tejido familiar.

Alguien afirmó que el diálogo tiene cuatro fases: escuchar con el oído, escuchar con el corazón - o sea, más profundamente -preguntar y hablar lo necesario. Hay mucha gente que pasa directamente a la cuarta fase. Por ello se encuentran muchas personas que tienen verdaderas ansias de que alguien las escuchen. Es necesario ver menos televisión y que exista diálogo familiar.

Y una consideración para cualquiera de nosotros: O las familias logran influir en la mejora del entorno social o el ambiente acabará creando problemas a la familia. Y no podemos conformarnos con esto último, hay que dejar la pasividad, la inercia y actuar en positivo, marcándose metas, sin dejarse abatir por nada, levantándose siempre con espíritu deportivo.

Las necesidades de las personas con discapacidad y de sus familias pueden cambiar con el paso del tiempo. El proceso de intervención ha de ser flexible para poder responder a esos cambios.

Aunque, a veces, no se reconoce el papel de los más jóvenes, lo cierto es que suelen ser más capaces de entender y adaptarse a una nueva situación y pueden ayudar a los adultos a aceptar la discapacidad que se presenta en una familia.

* ACTUACIÓN CONJUNTA DE FAMILIAS, PROFESIONALES Y ASOCIACIONES

Es muy importante que los familiares y los profesionales pueden trabajar juntos para lograr un resultado satisfactorio. Es fundamental que la familia sea consciente de la importancia que tiene su participación en el proceso de rehabilitación de la persona con

discapacidad. Compartir experiencias y reacciones similares puede ayudar a los minusválidos y a sus familias a aliviar tensiones e inquietudes respecto al futuro.

Las Asociaciones deben ser conscientes de la necesidad de su existencia, del importante papel que pueden desempeñar apoyando la creación de grupos de auto-ayuda para las familias. Estos grupos pueden resultar muy útiles a nivel local por razones de transporte, distancia y acceso a los servicios. Aunque una asociación no es una organización de Profesionales sí que deben funcionar de modo profesional para lograr eficacia, sin por ello dejar de ofrecer un trato cercano y amable a las familias, defendiendo sus intereses e inquietudes.

El Voluntariado puede ser una valiosa fuente de ayuda para los minusválidos y sus familias. Es necesario que los grupos que se constituyan como O.N.G.s. presten un servicio de calidad utilizando voluntarios formados y motivados. La diversidad de organizaciones de este tipo que existen en Europa, obedece a las diferentes formas de administrar el gasto público en Sanidad y Asuntos Sociales.

REHABILITACIÓN INTEGRAL

* DEFINICIÓN

Las palabras cambian continuamente de significado. Algunos Diccionarios todavía definen la Rehabilitación como: “la acción de habilitar de nuevo o restablecer a una persona o cosa en su antiguo estado”. Según un clásico, el Profesor Moragas, la “Rehabilitación Integral es un proceso por el que una persona con limitaciones físicas, psicológicas y/o sociales consigue, a través de ciertas técnicas y servicios, su máximo nivel de desarrollo personal”. La Rehabilitación constituye, por tanto, un proceso global compuesto de numerosas readaptaciones parciales.

El enfoque interdisciplinario en rehabilitación supone la colaboración de diversas disciplinas: médicas, psicológicas, sociales, etc.

La Rehabilitación Integral es un proceso de larga duración que se desarrolla en varios departamentos. Se inicia en los Hospitales para continuar en Centros de Atención Primaria o en Centros Educativos, Profesionales o de Servicios Sociales.

La Rehabilitación comprende una secuencia de actuaciones diversas pero interdependientes.

* NECESIDAD DE UNA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

Sólo una coordinación intersectorial puede garantizar un proceso integral y coherente. Y esto estaba previsto en la LISMI, en su art. 18,3: “el Estado fomentará y establecerá un sistema de rehabilitación que estará coordinado con los restantes servicios sociales, escolares y laborales para acercar el servicio a los usuarios y administrarlo descentralizadamente.

En la actualidad, la Rehabilitación Integral se ofrece fragmentada: Salud, Educación,

Trabajo, Asuntos Sociales y las responsabilidades están repartidas entre la Administración General y las Comunidades Autónomas.

Subsisten indefiniciones competenciales en materias como, por ejemplo, la Atención Precoz.

* OFERTA PÚBLICA DE REHABILITACIÓN

La oferta pública de Rehabilitación se estructura en dos grandes grupos de programas:

* Programas de Rehabilitación Infantil

- Atención Precoz: Corresponde a los Servicios Sociales
- Atención Temprana: Corresponde a los Sistemas Educativos
- Rehabilitación Infantil y Salud Mental Infantil: Compete al Sistema Sanitario.
- Apoyo Rehabilitador en Integración y Educación Especial: Corresponde al Sistema Educativo.

* Programas de Rehabilitación de Jóvenes y Adultos

- Formación Profesional Especial: Sistema Educativo
- Programas de Garantía Social: “ “
- Programa de Preparación para la vida adulta: “
- Readaptación Profesional de Trabajadores: Sistema de la Seguridad Social.
- Recuperación Profesional de Minusválidos: Servicios Sociales.
- Rehabilitación de Crónicos en Atención Primaria: Sistema Sanitario.

Se echa en falta una regulación sobre principios y normas básicas de ordenación y coordinación en materia de Rehabilitación Integral.

Han aparecido nuevas técnicas y otros recursos de valor enorme para la Rehabilitación de las personas con minusvalía (trasplantes, implantes, ayudas técnicas personales o para adaptación de ambientes) que tienen en gran parte sin regular sus condiciones de acceso.

También se producen indefiniciones sobre qué Sistema debe proveer o financiar determinadas prestaciones (Salud Mental y Servicios Sociales); sorprendentemente lagunas en relación a ciertas atenciones o colectivos (deficientes mentales límites y enfermos mentales crónicos) e incluso acciones que no están nada claras, por ejemplo, la Atención Precoz ¿de dónde depende? ¿de Salud, de Educación, de Servicios Sociales?...

La Rehabilitación Integral amplía el contenido de las prestaciones recuperadoras pero se necesita precisar cuáles son y quien las presta.

* CENTROS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN A MINUSVÁLIDOS

Aunque el objetivo primordial para alcanzar la verdadera Rehabilitación Integral es conseguir la integración en la comunidad, evitando en lo posible el internamiento, existen individuos que por sus circunstancias especiales no pueden alcanzar dicho objetivo. Para ellos, la Administración pone a su disposición los recursos institucionales. Estos recursos pueden ser entendidos desde dos perspectivas:

- a) Alcanzar la Rehabilitación Integral a corto y medio **C.R.M.F.** (Centro de Recuperación de Minusválidos Físicos).

- b) Dar una atención integral a individuos con dificultades familiares y sociales: **C.A.M.F.** (Centro de Atención a Minusválidos Físicos).

Centros de Recuperación de Minusválidos Físicos

Los CRMF son Centros que tienen como objetivo la integración sociolaboral de aquellas personas que, por accidente, enfermedad, causas congénitas o adquiridas, presentan una minusvalía física y/o sensorial que les impide recibir una atención recuperadora en Centros Ordinarios. Para ello disponen de un conjunto de Instalaciones y Profesionales que facilitan la recuperación.

Servicios que se prestan:

- **Médico-funcional:** Al objeto de potenciar las capacidades residuales, detener o aminorar los procesos degenerativos y luchar contra las secuelas de la inactividad.

- **Psicológico:** Para llegar a un diagnóstico global de la persona, conocer cuáles son sus necesidades psicológicas y establecer un tratamiento adecuado con la finalidad de favorecer su desarrollo personal mediante el apoyo individual y grupal.

- **Social:** Tiene como objeto informar de los recursos del Centro y de la Comunidad, y apoyar en la adquisición de las habilidades sociales necesarias para desenvolverse de manera competente en su entorno.

Tipos de Alojamientos: Internado, media pensión y ambulatorio.

Ocio y Tiempo Libre. Se propicia la realización de actividades de Ocio y Tiempo Libre e intercambio de experiencias con otros colectivos que permitan la autonomía personal en la vida residencial.

Formación Profesional Ocupacional: Cursos de electrónica, Informática, Corte y Confección, Zapatería, Servicios Auxiliares de Oficina, etc.

Centros de Atención a Minusválidos Físicos

Son Centros que ofrecen atención integral a las personas con minusvalías físicas graves que, careciendo de posibilidades de recuperación profesional e integración laboral encuentran graves dificultades para ser atendidas en su entorno familiar y social.

Tipos de Plazas: Residencias con carácter fijo; Residencias con carácter temporal; Centros de Día.

Objetivos:

- Obtener el máximo desarrollo de las capacidades residuales de cada beneficiario.
- Habilitación para la autonomía personal y social.
- Ofrecer cuantos cuidados y atención requiera cada sujeto para desenvolverse en la vida diaria.

Servicios que prestan:

- Servicios de atención médica
- Servicios de atención psicológica
- Servicios de atención social
- Talleres Ocupacionales
- Actividades de Ocio y Tiempo Libre

Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (C.E.A.P.A.T.).

Creado mediante la Orden Ministerial de 7 de Abril de 1.989, el CEAPAT es un Centro de Servicios dedicado expresamente a potenciar, a nivel de toda España, la autonomía personal de las personas discapacitadas, mediante el fomento de la supresión de barreras arquitectónicas y urbanísticas, la potenciación de cuantos medios técnicos facilitan su movilidad, el desarrollo de la tecnología para las actividades de la vida diaria, y la adaptación funcional de los útiles y puestos de trabajo para estas personas.

Presta asesoramiento técnico y posee un banco de datos y documentos.

Coordina y enlaza con Instituciones, Organismos Públicos y Entidades Privadas.

Es el Centro Español de Recogida de Datos para el Módulo de Ayudas Técnicas del Proyecto HANDYNET de la Unión Europea.

PLAN DE ACCIÓN PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (1.997-2.002)

PLAN DE CARÁCTER INTEGRAL

A pesar del significativo esfuerzo presupuestario para el desarrollo de políticas sociales, se tiene la convicción de que hay que mejorar el diseño de las políticas que se realizan, profundizar el carácter multisectorial de gran parte de los programas, establecer más sólidos cauces de cooperación y coordinación entre las distintas Administraciones y, por último, dar un mayor predominio a las políticas de integración activa sobre las de mera protección económica.

La LISMI, referencia decisiva en los años 80, ha sido cumplida en gran parte pero no

en su totalidad. En Septiembre de 1.992 el Congreso de los Diputados pidió al Gobierno de la nación la realización de un Plan de Acción Integral que actualizase y mejorase las propuestas de la LISMI.

El Ministerio de Asuntos Sociales, delegando en el INSERSO, recibió la responsabilidad de realizar el citado Plan. Ha habido una amplia participación política, social y técnica. Todas las Comunidades Autónomas, los Ministerios implicados, las Asociaciones de Minusválidos, los Sindicatos, las Organizaciones Empresariales, Expertos de diversas Universidades y Centros Especializados han tenido una permanente y activa participación en el diseño global y en la redacción de su contenido. Es, por tanto, un Plan con un gran nivel de consenso en su concepción y en sus propuestas de actuación.

CINCO GRANDES ÁREAS SECTORIALES

Es un Plan de carácter integral con cinco grandes Áreas Sectoriales:

- 1) Promoción de la Salud y prevención de Deficiencias
- 2) Asistencia Sanitaria y Rehabilitación Integral
- 3) Integración Escolar y Educación Especial.
- 4) Participación e Integración en la Vida Económica
- 5) Integración Comunitaria y Vida Autónoma

El Plan de Acción es un plan estratégico que con posterioridad debe desarrollarse y concretarse a través de Planes Bienales de Actuación. Corresponderá fundamentalmente a cada Comunidad Autónoma la elaboración de dichos planes de actuación.

Cada uno de los Planes Sectoriales anteriormente citados se organiza en Programas. Hay 20 en total, 4 por cada Plan Sectorial.

ESTRATEGIAS COMUNES

Las estrategias comunes completan el contenido de los Planes Sectoriales, son propuestas de gestión y van dirigidas a políticos y gestores. Las estrategias comunes son:

- 1.- Equiparación de Oportunidades
- 2.- Equidad Interterritorial
- 3.- Cooperación Institucional
- 4.- Participación Ciudadana
- 5.- Apoyo a la Calidad

RETOS

Se plantean dos grandes retos en el Plan de Acciones:

- En el ámbito personal: Lograr el máximo de autonomía e independencia de la persona con discapacidad.
- En el ámbito social: Impulsar una presencia más activa y una mayor participación en la vida económica y social del colectivo de personas con discapacidad.

PRINCIPIOS BÁSICOS

- * Respeto y afirmación de los derechos y libertades.
- * Autonomía personal y mayor protagonismo colectivo
- * Calidad de vida.
- * Garantías de igualdad y lucha activa contra las discriminaciones.
- * Integración y normalización.

Hay un fomento de la participación y de la solidaridad; un impulso de iniciativas sociales no gubernamentales: ONGs de Discapacitados, Organizaciones de Voluntariado, otras instituciones sin ánimo de lucro y de la iniciativa privada: Fundaciones, etc.

Vertebración de actuaciones de muchos organismos y armonización de las decisiones de diversas Administraciones competentes en la materia.

Equidad en la distribución territorial de los recursos.

Mayor eficacia de los servicios y mayor grado de satisfacción de los Usuarios.

LUCES Y SOMBRAS

Se ha conseguido bastante en cuanto a las prestaciones económicas y de servicios sociales; información y asesoramiento familia; apoyos y asistencia en el hogar, y creciente oferta de Centros de Día. No obstante, todavía queda mucho pendiente en este sentido.

Las asignaturas pendientes son, entre otras:

- Viviendas Adaptadas. La reserva del 3% de las viviendas de Protección Oficial es insuficiente.
- Centros para Minusválidos.
- Eliminación de Barreras Arquitectónicas.
- Transporte accesible y Comunicación.

Por otra parte, es indudable que hay mucha y adecuada legislación. Lo que se hace necesario es que se llegue a su cumplimiento efectivo y que exista coordinación entre los Organismos implicados en la Rehabilitación Integral de las personas con minusvalía.

El Trabajo Social con enfermos terminales

Cándida Acero Sáez

Trabajadora Social

Resumen

Dentro del Trabajo Social en el Área de Salud y concretamente en el Trabajo Social Hospitalario, el Trabajador Social como miembro del equipo se enfrenta cada vez más a situaciones derivadas de intervenciones con Enfermos Terminales.

Esta intervención, según expone la autora se organiza en cuatro puntos:

- Exploración de sentimientos.
- Planificación de la vida durante el proceso terminal.
- Planificación de la muerte.
- El Duelo.

Este artículo pretende analizar estos puntos de intervención ofreciendo orientaciones prácticas al Trabajador Social.

Introducción.

En España, como en otros países, el tema de la muerte ha sido tabú hasta no hace muchos años, sin embargo, durante las últimas décadas se han impartido numerosos cursos, conferencias y seminarios, se han publicado diversos libros y artículos, y se han creado distintos servicios para la atención del enfermo terminal (Unidades de Cuidados Paliativos). En definitiva, se ha ampliado la información en torno al proceso de morir, el significado que tiene para las personas implicadas y cómo se les puede proporcionar una buena asistencia que cubra sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que potencien la dignidad de la persona mientras dure su vida.¹

El trabajador social se encuentra frecuentemente con la experiencia de la muerte aunque no suele estar presente cuando ocurre ya que, en esos momentos, el enfermo se encuentra en manos de médicos, enfermeros, personal auxiliar, o con familiares o amigos. No obstante, hay muchas cosas que puede hacer para ayudar al enfermo terminal y a sus familias y, aunque algunas no son exclusivas del trabajador social, si suele encontrarse en una posición ventajosa para poder hacerlas.

El enfermo terminal tiene necesidades y presenta ciertos problemas que hay que tratar de solucionar o, por lo menos, aminorar. Se le debe ofrecer ayuda antes de que la solicite y debemos ser conscientes de que la buena intención, el respeto, el consuelo, etc. no

son suficientes ya que una intervención cognoscitiva es tan necesaria como una afectiva. Debe tenerse claro el tipo de ayuda que se va a proporcionar, conocer la naturaleza del problema y sobre todo que hacer al respecto, conocer las actitudes de la gente hacia la muerte y ante la pérdida de un ser querido, saber lo que es “normal” y lo que es “anormal” para poder ayudarles a reaccionar adecuadamente, tener en cuenta los intereses espirituales, el intercambio de significados, el reconocimiento de mensajes indirectos y la interpretación mutua de acciones.

Aunque la familia es una fuente importante de apoyo social, la forma de vida actual hace que un gran número de personas mueran en instituciones. En 1975, Strauss y Glazer² estimaron que en Estados Unidos poco menos de un tercio de los fallecimientos ocurrían en hospitales. La mayoría de estos enfermos estaban en fase terminal, y recibían cuidados especiales durante días o semanas, período que solía oscilar alrededor de los tres meses.

En el trabajo social con enfermos terminales y sus familias se suelen distinguir los siguientes puntos de intervención:

- a) Exploración de sentimientos
- b) Planificación de la vida durante el proceso terminal
- c) Planificación de la muerte
- d) El duelo

a) Exploración de sentimientos.

Antes de iniciar una entrevista con la finalidad de explorar los sentimientos de un enfermo terminal es necesario que el trabajador social, además de tener unos conocimientos y habilidades, comprenda la sensibilidad del enfermo. La clave de esta exploración de sentimientos está en el grado de disposición del trabajador social para comprender si el enfermo quiere expresar, más que negar, la realidad y permitir pero no contribuir a la negación de la realidad si el enfermo lo quiere así. El paciente es el mejor guía del cómo proceder.

En el ejercicio de su profesión, el trabajador social se encuentra a menudo con sentimientos de culpabilidad, temor, miedo, ansiedad, depresión, etc. Lo que les hace especiales aquí es su origen, la proximidad de la muerte. Los trabajadores sociales no son inmunes a ese sentimiento de temor general que gira en torno a cualquier debate sobre el tema. Este malestar no sólo deriva de experiencias personales previas, sino de la ansiedad que produce pensar en la suya propia. Para poder ofrecer ayuda al enfermo terminal, el profesional debe ser consciente de su propia mortalidad y además de aceptarla, debe preocuparse y ser consciente de las reacciones del enfermo cuando habla con él de ello. Puede ocurrir que esto le deprima, que le despierte fuertes reacciones emocionales que hagan difíciles los últimos días o semanas, no sólo para él sino también para su familia y para los miembros del equipo que le atienden. Puede ocurrir, pero no es probable.

Feifel³ ha investigado el tema y señala que los enfermos terminales agradecen con

frecuencia las oportunidades que se les ofrecen para hablar abiertamente de su enfermedad. Igualmente Kubler-Ross (1970) dice que de más de 200 enfermos terminales entrevistados, pertenecientes al University of Chicago Billings Hospital, casi la mayoría manifestaron que agradecían la posibilidad de hablar con alguien que estuviese dispuesto a hacerlo. La mayor parte, dice “nos tanteó primero, de una manera u otra, para asegurarse de que estábamos realmente dispuestos a hablar de los últimos momentos o de los cuidados finales”⁴. Casi todos los enfermos, profundamente preocupados con miedos reales e irreales, se tranquilizaron cuando advirtieron que no tenían que seguir manteniendo una conversación superficial.

Las experiencias con grupos de enfermos terminales revelan en estos pacientes un deseo obvio y muy buena disposición para expresar sus necesidades y hablar abiertamente de su inminente muerte. Es evidente que si se les ofrece esta oportunidad, el enfermo terminal no sólo quiere sino que desea hablar de su situación y expresar sus sentimientos. Cuando esto ocurre, con el fin de aliviarles y de evitar la tensión emocional, se les debe permitir que sean ellos quienes dirijan la entrevista. Hay que descubrir lo que el paciente conoce de su estado y cuánto es lo que quiere saber. Si conscientemente no quiere saber, no se le informa. Por el contrario, si un paciente quiere conocer su estado y uno le tranquiliza demasiado, se sentirá aislado y se volverá receloso y desconfiado. Si pregunta abiertamente sobre su enfermedad y se le da una respuesta sincera, pero sin destruir toda esperanza, se sentirá menos afligido.

Los enfermos que expresan sus miedos, hacen más referencia a su estado físico que al momento final; pero el trabajador social debe saber que más de una cuarta parte de los pacientes revelan en las últimas semanas el hecho de que saben que van a morir si se les da la ocasión de hacerlo. En los momentos de depresión, algunos enfermos terminales sienten un gran alivio al poder compartir sus sentimientos con alguien que quiera escucharles. Otros quieren únicamente compañía, porque el que va a morir puede sentirse aislado emocionalmente y privado del contacto humano. Es lo que se conoce como “el duelo del enfermo terminal”.

Cartwright y col. resaltan los problemas a los que se enfrentan quienes atienden a algún paciente desahuciado en casa. Se mencionó con frecuencia el aislamiento social, la pérdida de contactos sociales, fatiga, tensión emocional y problemas de salud.⁵ Dos tercios de los enfermos terminales que padecen cáncer aprecian el hecho de que se les haya comunicado. Durante los diez primeros días se sienten muy angustiados pero luego parece que se reconcilian con ello y, si además se les informa positivamente sobre su tratamiento, se aferran a esa esperanza que les sirve de alivio.

El profesor Hinto del Maudsley Hospital estudió un grupo de 102 enfermos terminales y lo comparó con un grupo de enfermos que sufrían enfermedades graves pero no terminales. El primer grupo se caracterizó por:

- mayor deterioro físico (dolor) que no se podía aliviar,
- aumento de la depresión y ansiedad,
- importante disminución de la consciencia, solamente el 6% estaban conscientes en

el momento de morir,

- a mayor deterioro físico más depresión y ansiedad y mayor percepción de la muerte,
- la fe religiosa influía sobre la angustia pero menos sobre la depresión; no obstante, los que tenían fe estaban menos deprimidos que los que tenían poca fe,
- durante los dos últimos meses, casi todos hablaban de la posibilidad de morir; durante la última semana, el 20% estaban seguros de que esto iba a ocurrir.

Smith (1988)⁶ menciona 5 etapas por las que pasan los enfermos terminales:

1°. Negación. Al enterarse lo niegan y esto se repite varias veces antes de fallecer. “Esto no me puede ocurrir a mí”.

2°. Frustración e irritabilidad. Si es contra la familia, sus miembros responden con pena y lágrimas, culpabilidad y vergüenza o evitan visitarle lo que aumenta su enfado.

3°. Negociación. Intentan negociar con Dios o el médico para posponer lo inevitable.

4°. Depresión. Surge cuando el enojo y la negociación no dan resultado.

5°. Aceptación. No todos la alcanzan. En una larga enfermedad, puede ser un alivio. Para la familia es difícil comprender que el enfermo se da por vencido en la lucha por la vida.

Hay enfermos que necesitan negar la gravedad de su situación. Salvo circunstancias muy especiales, deben ser respetados. En opinión de Weisman⁷, a lo largo del proceso de la enfermedad terminal existe una fluctuación entre el rechazo y la aceptación. Los pacientes parece que saben y quieren saber, sin embargo, a menudo hablan como si no lo supieran y no desean que se les recuerde lo que se les ha dicho.

Cuando el profesional guarda silencio está creando o manteniendo la convicción del enfermo de que se espera de él la negación. Cuando un enfermo que padece un cáncer de pulmón le dice al trabajador social “Mis días están contados”, el sabe por la respuesta que reciba si puede continuar hablando o no. A su vez el trabajador social debiera ser capaz de comprender si el enfermo está dispuesto para hablar de su próxima muerte y lo que ello significa para él. El enfermo le expresará si quiere hablar sobre el tema. Si se produce un silencio o cambia de conversación, está claro que no quiere hacerlo,

La actitud del trabajador social se transmite mediante la comunicación verbal y no verbal. A veces no hay nada que decir, sólo mantener una actitud de aceptación y confianza. Hay que tener en cuenta que la enfermedad incurable significa pérdida. Pérdida de control y poder, pérdida de roles y pérdida de la autoestimación. Se desmorona la realidad y no se tiene poder ni libertad para evitarlo.

Cuando el enfermo no obtiene respuesta a sus preguntas, o se le ignora cuando expresa preocupación, o se le descarta jovialmente y advierte que otras personas significativas para él continúan como si todo fuese normal, acaba por encerrarse en sí mismo alejándose cada vez más del mundo “exterior”.

Mucho de lo dicho puede aplicarse también a la familia. La muerte de una persona

querida evoca sentimientos diversos que están relacionados con la historia y naturaleza de la relación vivida y con la perspectiva de la muerte. “Hemos estado casados y sido muy felices durante 33 años”. “No se lo que haré sin él”. “Es verdad que hemos pasado tiempos muy difíciles pero las cosas empezaban a ir bien de nuevo”. “¿Cómo puede ocurrirme esto a mi?”. Este tipo de reflexiones representan las emociones, conflictos y ambivalencias que pueden necesitar expresar y el trabajador social puede ofrecerles la oportunidad para que lo hagan.

b) Planificación de la vida durante el proceso terminal.

El trabajador social debe ayudar al enfermo y a su familia a que, dependiendo de su estado físico y el pronóstico de su enfermedad, expresen como desea el enfermo vivir el tiempo que le queda, de que alternativas dispone, que obstáculos pueden presentarse mientras está hospitalizado y que recursos comunitarios existen en caso de que regrese a su domicilio.

Aitken-Swan⁸ hizo un seguimiento de 200 enfermos de cáncer que durante un cierto tiempo habían sido atendidos en sus casas y descubrió:

- El 62% había deseado estar en casa.
- El 77% estaba satisfecho de la atención médica domiciliaria aunque un 20% habían sufrido dolores agudos y persistentes.
- Un tercio de las familias mencionaron la “enorme tensión” que supuso cuidarles en casa alegando enfermedades de otros familiares, preocupaciones y falta de apoyo social.

Para que el enfermo pueda recibir la atención adecuada en su domicilio, es necesario que se puedan aliviar sus síntomas, que la familia tenga la posibilidad de controlar la enfermedad y que los servicios de salud pública estén dotados con los medios necesarios para prestar la atención requerida.

Cuando el desenlace final se aproxima, los sentimientos de muerte se convierten en sentimientos de vida. El enfermo da marcha atrás y piensa en lo que ha sido su existencia: larga y completa o corta y triste, fructífera o sin sentido, llena de gratificaciones o vacía. Las personas varían en la forma de hacer esta evaluación y en la forma de explicarla. Mientras que algunos necesitan tiempo y esfuerzo para expresar sus sentimientos, concretar sus vagas e inconexas impresiones e integrar sus conocimientos, otros necesitan de un interlocutor que esté dispuesto a escucharles y con quien poder revisar su pasado y así recibir consuelo. A veces, un enfermo quiere hablar sólo de ciertos aspectos que le preocupan. Pilsecker⁹ menciona a un señor que unos días antes de su muerte se lamentaba de la inestabilidad laboral de su hijo pequeño. Necesitaba expresar su deseo de ver a su hijo con un trabajo fijo cuando sabía que no lo iba a conseguir.

A menudo, el vivir con la expectativa de la muerte influye en la forma de relacionarse con los demás. El enfermo terminal se pregunta y se preocupa por lo que tiene que decir y en como interactuar con su familia y sus amigos a los que les ocurre lo mismo con respecto a él.

Puede ocurrir que la necesidad básica del enfermo o del familiar sea simplemente expresar su malestar. Se les puede ayudar a ambos a clarificar como desean comunicarse; hasta que punto, por ejemplo, quieren hablar de su situación. La familia juega a ocultarla y el enfermo, independientemente del conocimiento que tenga sobre su enfermedad, se siente obligado a participar en el juego. Un matrimonio conocía la situación pero cuando aparece el trabajador social para ofrecerles su ayuda la mujer le susurra que no quiere que se entere su marido. El marido reacciona diciendo que todos saben lo que está ocurriendo luego que deje de hablar en voz baja.

El profesional que trabaja con enfermos terminales debe tener claro cuál va a ser básicamente su objetivo. Si este va a consistir en rodear al enfermo terminal con un aura de esperanza tan humana como sea posible o, por el contrario, va a tratar de hablar abiertamente con él e incluso compartir sus expresiones de tristeza. Pilsecker expone el caso del Sr. W. diagnosticado de cáncer de pulmón con metástasis en el cerebro. Ocasionalmente se sentía lo suficientemente bien como para pasar un fin de semana en casa. Después de una de estas visitas su hija de 22 años acudió al trabajador social para decirle que estaba muy preocupada porque su padre sabía que se estaba muriendo. Su respuesta fue “Papá, no hables así”. El trabajador social la ayudó a disponer de otra respuesta que no fuera obligar a su padre a que negase la realidad.

c) Planificación de la muerte.

Casi todos los enfermos terminales saben que van a morir; lo observan en las reacciones de los que les rodean. El personal no les dicen nada pero ellos lo perciben en los silencios, negaciones, evasiones. Esta actitud les obliga a vivir aislados. Algunos enfermos han planificado con detalle su fallecimiento. Han comprado la sepultura o indicado si quieren ser incinerados y la clase de servicios funerarios que desean. Otros lo han manifestado pero no han hecho nada y otros no han hecho ni dicho nada.

Si un enfermo habla del momento final es casi seguro que va a hacer referencia a todo esto. Incluso enfermos que no quieren hablar de la muerte, si lo hacen sobre el sepelio. Cuando un enfermo inicia la conversación, el trabajador social debe aclararle las dudas o confirmarle lo que sabe, pero procurando dejarle siempre con alguna esperanza. Si el enfermo habla de su muerte pero no del sepelio puede ser apropiado que el trabajador social se lo pregunte para informar a su familia.

La familia y el enfermo a veces mencionan la frase “en caso de muerte” como una forma de darse a conocer que saben lo serio de la situación. Sin embargo, no llegan a hacer planes. La Sra. B cuyo marido estaba muriéndose de cáncer estaba muy preocupada porque ignoraba los deseos de su marido y no se atrevía a preguntarle. El trabajador social le informó que el conocía perfectamente su situación y con su ayuda pudo hablarle quedándose más tranquila al conocer sus deseos.¹⁰

A menudo el enfermo está preocupado por la situación en que deja a su familia. El hablar sobre los recursos disponibles le puede tranquilizar. Sobre todo en los casos en los que hay hijos pequeños que tendrán que cobrar una pensión de orfandad. Saber que

el trabajador social les va a ayudar con toda esta tramitación puede ser un alivio. A los enfermos que hablan abiertamente se les puede incluso preguntar si han hecho testamento y si su familia sabe donde lo tiene. En caso contrario, deberían considerar la posibilidad de hacerlo.

Las familias también reciben ayuda cuando hablan de estas cuestiones con el trabajador social. El hacerlo les reasegura acerca de sus planes, les ayuda a clarificar dudas, o les proporciona información hacia otras alternativas. Aunque el enfermo es el centro de atención, también les reconforta saber que alguien se interesa por su propio bienestar. Este tipo de servicio es parte de la tarea del trabajador social, por lo que es importante que se le de prioridad y que sea reconocido como tal por la institución en la que trabaja.

Con respecto a la ayuda espiritual es muy importante saber si el enfermo quiere recibir la visita de un sacerdote o no. Algunos tratan de negociar con Dios a fin de prolongar su vida o evitar la muerte. Otros ven la enfermedad como un castigo de Dios y el sacerdote les puede ayudar a tener una perspectiva diferente. El sacerdote emana seguridad y consuelo espiritual que quizá los miembros del equipo no puedan transmitir.

Una vez que se ha producido el fallecimiento, incluso la familia mejor preparada puede estar tan apenada que no pueda pensar con claridad sobre lo que tiene que hacer. El trabajador social puede ayudarles a minimizar esta confusión comunicándoles por anticipado los procedimientos a seguir. En algunas ocasiones, puede incluso ser necesario acompañarles al tanatorio.

d) El duelo.

El duelo es un proceso natural por el que una persona va rompiendo uno a uno con los lazos psicológicos que le ataban al desaparecido y de esta manera se va liberando gradualmente de él. Es el proceso del entierro psicológico del muerto. Erich Lindeman estudió las reacciones de las personas ante la pérdida de un ser querido y observó que siempre se da dolor, angustia, agresividad y culpabilidad.

El trabajo del duelo puede decirse que es un trabajo de pérdida. El duelo supone un proceso psicológico y si se intenta suprimir, surgirán más tarde trastornos conductuales. Los lazos con el objeto del amor perdido tienen que ser cortados lentamente y por ello se necesita tiempo. Se distinguen tres fases:

a) Se evoca la imagen del desaparecido, se identifica con él y se viven mentalmente de nuevo los acontecimientos pasados.

b) El liberarse del objeto perdido dura de 6 meses a un año. Es un trabajo psicológico interno. El doliente carece de energía para interesarse por su entorno por lo que pasa por alto la realidad exterior que en esos momentos no tiene gran importancia para él.

c) Si la evolución es normal, el interés por el desaparecido va disminuyendo al mismo tiempo que aumenta la posibilidad de formar nuevos lazos con personas y cosas existentes. El doliente adquiere una nueva libertad.

En palabras de Lindeman, el duelo es una emancipación de los lazos afectivos de cariño y lealtad hacia el muerto; una readaptación al ambiente donde ha desaparecido la persona fallecida; la formación de relaciones nuevas.

Si la persona sufre fuertes ataques de angustia y miedos se evitará que piense en el fallecido y en todo aquello que le evoque estímulos penosos. La preocupación por la imagen del muerto a veces llega hasta la obsesión. El doliente se siente perseguido por su imagen, por su voz, revive las últimas escenas, imagina que vive todavía, que está presente, que le llama, le acompaña.

También se dan sentimientos de culpa, en ocasiones por hechos y acontecimientos banales que tuvieron lugar casi inmediatamente antes de su fallecimiento; por cosas que hizo o no hizo el doliente con él durante su vida, lamentándose excesivamente y de manera persistente. Padecen alteraciones de conducta tal como no poder descansar o empezar un trabajo, carecer de iniciativas, hablar a veces con mucha rapidez, algo que no hacían antes, (hablar compulsivo), les resultan difíciles y pesadas las tareas diarias, incluso pueden ser muy dependientes de los que tratan de organizar cosas para ellos, etc.

En el proceso del duelo son muy importantes el factor religioso y la fe. Pero aunque se crea en una vida después de la muerte y que se está mejor allí, los vivos tienen que expresar su dolor por el desaparecido. El duelo, según las personas, puede darse por adelantado o diferido. En el caso del duelo diferido no resulta útil conducir al doliente a comprender intelectualmente lo que le pasa, ya que lo que necesita es ayuda para empezar a sentir su pena; este dolor que reprimió tanto que no pudo expresar tiene que manifestarlo y a veces resulta difícilísimo iniciar el proceso, pero es el único medio para terminar con los síntomas del duelo normal.

El trabajador social diagnostica en la entrevista valiéndose de frases como: “desde que murió el mundo entero parece estar mal, ir mal, y todas las cosas van al revés”. “Dejé de vivir” o “No vivo más”. “No habrá nunca una persona como mi madre, es imposible” o “Cuando el murió, terminó todo para mí”. Cuando el trabajador social pregunta sobre la conducta de su cliente tras la muerte de un familiar puede obtener las siguientes respuestas: “Tenía que continuar, no me podía dejar caer”. “No podía llorar, me sentía vacía”. “Ninguna persona puede imaginarse lo que sufre”.

Si advierte poca expresión de dolor o incluso que no se lloró, el tratamiento consiste en hablar del fallecido y de su muerte; aunque el cliente no esté convencido de ella y no se pueda explicar el por qué ya que es imposible explicar una experiencia emocional. Se le invita a hablar de lo que era la vida anterior (como vivían, que hacían, días de vacaciones, circunstancias especiales, felices). Se conocen así las relaciones que tenían. La familia tiende a idealizar la imagen del desaparecido. En entrevistas sucesivas se hablará también de los recuerdos negativos. No es necesario que el trabajador social de muchas explicaciones, ni tampoco interprete, pero sí debe hacer preguntas clarificadoras, tales como: “¿Cuándo?”, “¿Cuanto?”, etc. Se debe insistir acerca de los sentimientos, seguir paso a paso y escuchar atentamente, dar seguridad y tranquilidad.

Cuando el cliente no llora hay que ayudarlo a que lo haga. Hay que ayudar a estas personas a comprender que cada uno, en ciertos momentos de la vida, tiene derecho

a expresar sus sentimientos, a ser una carga para otros, y que tiene ahora, cuando está con el trabajador social, la ocasión de hablar y de llorar sin hacer daño a otras personas o molestarlas.

Conclusión.

Hasta aquí he expuesto brevemente el servicio directo que un trabajador social puede prestar a los enfermos terminales y a sus familias. Debe reconocerse, sin embargo, que en un hospital u otra institución el trabajador social es miembro de un equipo y no actúa de forma aislada e independiente. En este área, como en otras, la ayuda que presta debe estar coordinada con la de los otros miembros del equipo. En ocasiones, el trabajador social debe realizar una función única por y con el enfermo y su familia; en otras, sin embargo, debe ser uno más del equipo que escucha atentamente, ofrece consuelo, y proporciona una asistencia tangible a los problemas del enfermo terminal.

Algunos hospitales están realizando programas para discutir en grupo la ayuda al enfermo terminal y a sus familias. Es importante tener en cuenta que estas sesiones con los enfermos no pueden planificarse rígidamente. Sin embargo, la terapia de grupo ha sido efectiva con los familiares que están intentando cooperar con los enfermos que padecen este tipo de enfermedad crítica.

Ofrecer una ayuda al enfermo terminal y a su familia, tratar abiertamente y sin tabús con el duro hecho de la muerte, permitir la negación de la realidad por parte del enfermo sin participar en ello, son todas tareas que competen al trabajador social. La práctica puede que no sea perfecta. La muerte origina siempre respeto y temor. Pero los trabajadores sociales deben aprender que esto no les debe influir, ni ser la causa de que no proporcionen al enfermo terminal la ayuda que necesita. Las necesidades de estas personas son comunes a todos los seres humanos, aunque algunas de ellas sean peculiares al hecho de su próxima muerte.

La muerte se acompaña a menudo con tubos y catéteres y equipos de respiración artificial, con dolor, debilidad y confusión mental y con un sentido de soledad en medio del ruidoso pabellón de un hospital. Estos factores son algunos de los que actúan en contra de la posibilidad de morir con dignidad pero, aunque los trabajadores sociales no puedan mitigar o eliminar estos hechos, en ocasiones y con algunos enfermos y algunas familias, su intervención puede ayudar a capitalizar lo que de dignidad permanezca. Es un objetivo que merece la pena.

Para terminar, he creído interesante incluir la **DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS TERMINALES** del Michigan Inservice Education Council¹¹.

Tengo derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.

Tengo derecho a mantener una sensación de optimismo, por cambiantes que sean mis circunstancias.

Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener una sensación de optimismo, por mucho que varíe la situación.

Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones sobre mi forma de enfocar la muerte.

Tengo derecho a participar en las decisiones que incumben a mis cuidados.

Tengo derecho a esperar una atención médica y de enfermería continuada, aun cuando los objetivos de “curación” deban transformarse en objetivos de “bienestar”.

Tengo derecho a no morir solo.

Tengo derecho a no experimentar dolor.

Tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.

Tengo derecho a no ser engallado.

Tengo derecho a disponer de ayuda de y para mi familia a la hora de aceptar mi muerte.

Tengo derecho a morir COI! paz y dignidad.

Tengo derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones m[as que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.

Tengo derecho a discutir y acrecentar mis experiencias religiosas y/o espirituales, cualquiera que sea la opinión de los demás.

Tengo derecho a esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras mi muerte.

Tengo derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas que intenten comprender mis necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte.

Tengo derecho a ser asistido espiritualmente de acuerdo con mi religión.

Notas

1 Hace unas décadas, Pilsecker publicaba un artículo en el que resaltaba la importancia del Trabajo Social con Enfermos Terminales que nos sirve de referencia para esta publicación. PILSECKER, C. (1975). Help for the dying. SOCIAL WORK, 20, 3, pp. 190- 194.

2 Cit. por SMITH, Carole R. (1988). Trabajo Social con Moribundos y sus Familias. México: Pax Méjico. p. 21.

3 FEIFEL. Herman (1959). Altitudes Toward Death in Some Normal and Mentally Ill Populations. En Feifel, ed., The Meaning of Death. New York: McGraw Hill Book Co., pp. 114-130, cit. por Pilsecker, C. (1975), op. cit.

4 KUBLER-ROSS, E. (1970). On Death and Dying, New York: MacMillan C. P. 258. Cit. por Pilsecker, op. cit., p. 191.

5 Cit. por Smith (1988), op. cit.

6 Smith (1988), op. cit.

7 WEISMAN, A.D. (1972). On Dying and Denying. New York: Behavioral Publications. p, 18. Cit. por Pilsecker, op. cit.

8 En Smith, (1988), op. cit.

9 Pilsecker (1975), op. cit., p. 192.

10 Ibid., p. 193 .

11 ASTUDILLO, W., C. Mendinueta y E. Astudillo. (1995). Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Pamplona: EUNSA.

III Premio Científico

Año 1998

1.- La historia de Rubén: Experiencia de un programa de prevención de las drogodependencias en el medio escolar.

José Carlos Montero Díaz

Trabajador Social de la Asociación Cívica para la Prevención

La historia de Rubén: Experiencia de un programa de prevención de las drogodependencias en el medio escolar

José Carlos Montero Díaz

Trabajador Social de la Asociación Cívica para la Prevención

Resumen

El actual sistema de bienestar social, vive un vertiginoso ritmo administrativo-político de aprobación de leyes sociales. ¿Son útiles estas leyes? ¿Significa un cambio real para aquellos que necesitan dicha “protección”?

Desde el movimiento asociativo se sigue evolucionando -afortunadamente-, poniendo en marcha programas que responden al contenido amplio de dichas leyes, es decir, no solo se intenta paliar las situaciones problemas, no solo se generan recursos para que los afectados se mantengan dentro de los límites de la exclusión social, se busca realizar una intervención transformadora.

Nuestra intervención se realiza en el campo de las drogodependencias, aunque comparte los mismos contenidos que cualquier campo o área social, y es que el cambio prioritario debe venir de la capacitación integral de la persona. Esta que presentamos, es una experiencia más.

PRESENTACIÓN

La Asociación Cívica para la Prevención (A.C.P.) es una entidad sin ánimo de lucro, fundada en 1.992, que nace desde la necesidad de unos ciudadanos en intervenir activamente ante el fenómeno de las drogodependencias.

Esta intervención, idea abstracta en un principio, se traduce en la conciencia de realizar nuestra tarea en el campo de la prevención, nivel de actuación no priorizado por las entidades públicas y privadas, y que sin embargo supone la más valiosa estrategia para capacitar a las personas para estar libres de drogas, y si llega la ocasión en que éstos las usen, no desencadene en un probable abuso.

Nuestra intervención parte desde dos ideas:

En primer lugar **ofrecer una respuesta integral**, al conjunto de la población (infantil, adolescente, juvenil y adulta) y en todos sus medios de socialización (familia, escuela y comunidad); aún así, nuestra prioridad se centraría en las capas de población de edades tempranas o de riesgo, y en aquellos medios más propensos a una intervención comunitaria (escuela y comunidad -calle-).

Como segunda idea, nuestra intervención siempre va ligada a la comunidad, es decir, **somos ciudadanos/as de un lugar y un tiempo muy concreto, participando activamente en la consecución de su bienestar**, el cual repercute en nosotros mismos como vecinos de ese barrio, distrito, ciudad.

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es uno de los problemas de salud pública más graves al que se enfrenta la mayoría de los países del mundo. El fumar va unido al desarrollo de enfermedades de corazón y de pulmón' el consumo de alcohol está relacionado con enfermedades crónica como la cirrosis hepática, los accidentes de vehículos; el consumo de drogas ilegales se ha asociado a distintas enfermedades cardiacas, infecto-contagiosas, psíquicas, y esencialmente a conductas marginales, excluyentes y sociales.

A pesar de la considerable atención pública y del alto coste económico dedicado a recursos que palien esta situación, se ha avanzado poco en la reducción del consumo de drogas.

Al hablar de prevención hacemos referencia a la *“disposición que se toma para evitar algún peligro”*; aproximando el término al fenómeno de las drogodependencias, podríamos definir su objetivo mínimo como la *“consecución del retraso en la edad del inicio de consumo”*, aunque más concienciadamente podríamos definirlo como el *“conjunto de estrategias diseñadas con la finalidad de reducir los factores de riesgos, o bien para reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad del sujeto a desarrollar la adicción a sustancias tóxicas”*.

Dentro de la prevención se podrían distinguir diversos niveles, específicos e inespecíficos, primario - secundario - terciario, comunitario - escolar - familiar, etc., clasificaciones que según la autoría y los objetivos de la intervención podrían describirse.

El Grupo de Trabajo Interautonómico del Plan Nacional de Drogas, destaca que *“la prevención frente al consumo indebido de drogas debe ser el objetivo prioritario de la intervención pública y ha de ser una tarea del conjunto de la sociedad, de los poderes públicos, de las ONGs, de la comunidad escolar; de la familia y de los medios de comunicación”*.

La Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en materia de drogas de la Junta de Andalucía, dispone que la prevención tendrá especial relevancia, encuadrándola dentro de un contexto de amplitud y de intersectorialidad, tanto del problema como de las causas que lo determinan. Los programas que se desarrollen irán dirigidos de manera preferente a los ámbitos infantil, juvenil y laboral.

La Fiscalía de Málaga ha declarado públicamente la necesidad de enfrentarse a una de las tasas delictivas más altas del país, planteando la idea de crear un gran plan de prevención; señala que la causa principal de la delincuencia es la droga.

Todo este contexto teórico, -incluyendo el respaldo legal de la autoridad autónoma-, donde se justifica la necesidad de la intervención preventiva, parece ir en desfase con la práctica, ya que aún no existe una clara política preventiva, ni de las distintas administra-

ciones públicas ni de la ciudadanía, los primeros con la falta de programas dirigidos a los distintos niveles de población, o con la simple coordinación de las diversas actividades que se realizan, y los segundos con la pasividad en protagonizar iniciativas propias.

En el marco escolar, espacio concreto de este programa, posee ya desde hace varios años un magnífico respaldo legal -LOGSE- que dictamina la obligatoriedad de poner en marcha la “Educación para la Salud” como materia transversal dentro del currículum escolar; la realidad es que son pocos los centros escolares que desarrollan esta materia, y muchos menos los que dedican atención a desarrollar programas específicos de prevención de drogodependencias.

ETIOLOGÍA DEL ABUSO DE DROGAS

El desarrollo de los programas de prevención deben partir de un necesario entendimiento de la etiología del abuso de drogas, incluyendo en ésta las causas del uso/abuso de drogas, el momento de iniciación y su curso evolutivo, factores de riesgos y la identificación de modelos teóricos de utilidad.

El periodo crítico para la experimentación inicial con sustancias psicoactivas, y el desarrollo subsiguiente de patrones regulares de uso, típicamente comprende desde el comienzo hasta mediados de la adolescencia. Esta teoría se constata en los datos del Comisionado para la Droga, en su IV Estudio “Los Andaluces ante las drogas”, donde se expone con preocupación la temprana iniciación en el consumo de tabaco y alcohol, y sobre todo la escalada que rápidamente se hace en los mismos alcanzando el consumo máximo entre los 21 y 34 años. Se observa que un 5% de la población consume tabaco entre los 12 y 13 años, para llegar al 15% a los 14 y 15 años, y a 42% entre 16 Y 20 años. En el caso del alcohol, la población consumidora es del 3,14%, 16% Y 39% para los tres tramos de edades.

La experimentación con sustancias suele darse en el contexto de situaciones sociales, sirviendo como un importante punto focal para la interacción social, aportando una sensación de identidad de grupo.

Posteriormente, se inicia con la utilización de las sustancias en solitario, existiendo una transición hacia un patrón más dependiente de uso, aumentando tanto la frecuencia como la cantidad.

Entre los factores responsables de la iniciación en el uso de sustancias, nos encontramos factores psicológicos y sociales; Kramer y Cameron, en 1975, definieron estos factores, los cuales aún siguen prevaleciendo:

- Satisfacción de la curiosidad sobre los efectos de la drogas.
- Ser aceptado por el grupo de iguales.
- Expresión de independencia.
- Búsqueda de fuentes de emoción.
- Adquisición de un estado superior de “conocimiento”.
- Búsqueda de sensación de bienestar.
- Escapar de algo.

Más tarde describiremos el modelo teórico en el basamos la metodología de nuestro proyecto, aunque debemos avanzar que entendemos este proceso bajo el modelo sistémico-ecológico, el cual entiende que las personas están en constante situación de intercambio adaptativo con diferentes aspectos de su entorno, donde ambos cambian y son cambiados por el entorno; describimos una red de sistemas, compuestos por infinidad de subsistemas, donde el cambio de uno influye en el resto.

A pesar de las advertencias de muchos de los sistemas socializadores -padres, maestros, profesionales, etc.-, los adolescentes muestran una notoria ausencia de preocupación por las consecuencias adversas del uso de las sustancias psicoactivas. Igualmente tienden a sobrestimar su capacidad de evitar patrones de uso personalmente destructivos, frecuentemente anclándose en la ilusión de que todo está bajo control, y que de desearlo pueden interrumpir el uso en cualquier punto.

La experimentación con una sustancia frecuentemente lleva a la experimentación con otras, en progresión lógica y generalmente predecible. En progresión, y como indicamos anteriormente, se inicia con el tabaco y el alcohol, pasando al cannabis (porros), las drogas de diseño (derivados anfetamínicos), fármacos, alucinógenos, opiáceos (heroína), y cocaína.

EL MODELO ESCOLAR EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Partiendo del principio básico, ya planteado con anterioridad, la escuela actuará como un elemento –sistema/subsistema- más en todo el proceso global de prevención.

El patrón de consumo está caracterizado por inicio en edades comprendidas entre 12 y 17 años, y con sustancias legales (tabaco y alcohol). Ante esto, es obvio que el trabajo preventivo debe comenzar en los años anteriores del inicio del consumo, en torno a los 10-11 años.

Respecto a las ventajas que reportan el marco escolar en el desarrollo de un programa de prevención de drogas, encontramos las siguientes:

1. En la escuela contamos con el cien por cien de los chavales, al contar en nuestro país con un sistema de enseñanza obligatoria, el cual nos permite trabajar desde los 3 hasta los 16 años de edad.
2. La escuela es formación y educación, por lo que es un marco óptimo para llevar a cabo esta labor. La prevención la podemos integrar en el proceso educativo global.
3. En la escuela contamos con una infraestructura adecuada para la educación en cualquiera de sus facetas.
4. La población de la institución escolar es la edad en que se es más susceptible de adquisición valores, actitudes y hábitos adecuados para el desarrollo personal y social.

Sobre la conveniencia de que sean los propios profesores O agentes externos quienes impartan los programas de prevención, la decisión debería girar en torno a la selección de instructores adecuados. En general, los especialistas en prevención de drogas

han sido agentes escolares (profesores u otros profesionales), enfermeras o terapeutas, e incluso agentes de las fuerzas de seguridad, quienes han presentado carencias en la formación de técnicas de enseñanza o pedagógicas.

Según la teoría del aprendizaje social, el instructor debe reunir por lo menos tres criterios: 1, que su comportamiento sea modélico en lo que respecta al consumo de drogas; 2, que emplee técnicas de enseñanza activa; 3, que sea una persona respetada por alumnos y “colegas”. Tanto profesores, como líderes comunitarios, o profesionales de la sanidad pueden tener dicho perfil individual. No ex iste certeza de mayor eficacia de un programa si es desarrollado por una figura u otra; sí parece claro que al programa se le asegura mayor rendimiento con la presencia activa de los líderes del grupo de iguales.

El procedimiento propuesto en este programa de prevención es un modelo continuo, global e ininterrumpido desde la etapa justamente anterior a la adolescencia temprana (10 años) hasta la etapa intermedia de la adolescencia (14-15 años). Se utiliza un modelo específico, donde se van adaptando los contenidos a las características físicas, psíquicas y sociales de los destinatarios.

Reseñar que el ideal de un programa de prevención sería iniciarlo en edades más infantiles, con contenidos más inespecíficos y basados en la educación para la salud.

MARCO TEÓRICO

El Comisionado para la Droga en la edición del “Programa de prevención comunitaria: “Ciudades libres de drogas”, señala *“la importancia manifiesta de contar con un modelo de referencia, en el que se enmarquen las actuaciones que en este área se desarrollan por parte de las distintas instituciones (ONGs, Corporaciones Locales ..), con la finalidad de mantener una coherencia entre éstas”*.

Ciertamente, en el campo de las drogodependencias, nos encontramos en sus distintos niveles de intervención con cientos de proyectos y personas que realizan su actividad desde múltiples perspectivas, desde aquellas que se basan en modelos puramente teóricos, hasta aquellos que se basan únicamente en la experiencia personal como afectado. No podemos absolutizar con la idea de que “lo nuestro es lo verdadero”, idea que tristemente es utilizada en numerosas ocasiones.

Cada persona tiene sus características propias, que hacen que pueda utilizar eficazmente aquel recurso que otra persona no pudo hacerlo, por lo que debemos respetar las diferentes opciones. Eso no entra en contradicción a la exigencia de unos mínimos de calidad, ya que pudiéramos estar permitiendo la existencia de proyectos que no buscan el beneficio de sus destinatarios, o que quizás persiguen equivocadamente unos fines lícitos.

Desde nuestra asociación partimos de diferentes premisas, las cuales se complementan entre sí. La primera y que origina el enfoque de nuestra intervención, es una idea difundida a inicios de la presente década por Funes, en la que consideraba que existían personas con problemas de drogas, y que estas personas a quienes se denominaban “toxicómanos”, presentaban generalmente una amplia gama de problemas, desde los

propiamente individuales, a familiares, de relaciones sentimentales, de relaciones sociales, académicos, laborales, económicos, etc.; es decir, habría que utilizar un enfoque en el que no bastaba la intervención frente a las drogas, sino que habría que intervenir en la globalidad de las diferentes situaciones problemas. Este enfoque daba un salto cualitativo en este área, ya que aún hoy no toda la sociedad entiende que el “toxicómano” es un “enfermo”, enfoque positivo respecto al que consideraba a estas personas “delincuentes”, pero que limita en cierta manera las posibles soluciones. Así, no es descabellado pensar que aquella persona que haya terminado con éxito la cura de su enfermedad, pueda tener recaídas al no saber afrontar fracasos personales o no tener posibilidades de incorporación laboral, áreas en las que nunca se trabajó.

El segundo teorema, y centrándonos en el nivel de la prevención, la idea de Funes engarza con la teoría Sistémica-Ecológica, donde se considera *“que la gente está constantemente en una situación de intercambio adaptativo con muchos diferentes aspectos de su entorno. Ambos cambian y son cambiados por el entorno”*. (Germainis y Gitterman, 1980).

De esta forma, todos los organismos son sistemas compuestos por subsistemas, los cuales a su vez estarán formados por otros microsistemas. Existen diferentes divisiones de los sistemas, así Urie Bronfenbrenner lo explícita en microsistema (hogar, escuela, barrio...), mesosistema (conjunto de interrelaciones entre dos o más marcos ecológicos en los cuales una persona en desarrollo participa activamente), exosistema (medios de comunicación, la economía familiar, la clase social, el sistema escolar, la calidad ambiental de la calle ...) y el macrosistema (manifestación de los patrones ideológicos dominantes y de la estructura común a las instituciones sociales que forman una cultura). Pincus y Minahan realizan otra clasificación: informales o naturales (familia, amigos, compañeros, trabajo...), formales (grupos comunitarios, sindicales ...), y sistemas socializados (escuelas, hospitales ...).

Preventivamente, la intervención según este enfoque debería centrarse en ayudar a la gente a utilizar y mejorar sus propias capacidades en la solución de problemas, facilitando, mejorando y propugnando las interacciones entre las personas y los sistemas de recursos.

Como tercer enfoque teórico, presentamos el Modelo de Actitudes, donde se expone que la maduración y el crecimiento individual provocará un cambio de actitudes suficientes para evitar o reducir una situación problema. Se basa en la educación afectiva, dirigida a la totalidad del individuo y no sólo a su vertiente intelectual. Existen tres modalidades de intervención:

1. Expansión de la persona:
 - 1.1. Promoción de la salud mental, aptitudes sociales y relaciones interpersonales.
 - 1.2. Aumento de la confianza en sí mismo.
2. Aclaración de valores personales
3. Toma de decisiones.

Por tanto, el presente programa de prevención del consumo de drogas en el medio

escolar, enfoca la prevención de dicha conducta mediante:

- Educación en valores, ya que son éstos los que enseñan al individuo a comportarse como persona, estableciendo una jerarquía entre las cosas (Educar en valores).

- Introducción, refuerzo, o modificación de creencias o informaciones, ya que éstas subyacen a las actitudes y normas subjetivas, las cuales condicionan y determinan la intención de la conducta (Acción razonada).

- Aumentar las habilidades prosociales, interpersonales, de planificación y de manejo del estrés, ya que consecuentemente se podrá llevar una vida más efectiva y satisfactoria (Aprendizaje estructurado).

El lema de nuestra asociación, “SALUD ES LIBERTAD”, viene a resumir el enfoque de nuestra intervención, donde entendemos la salud como el resultado de la adaptación y equilibrio dinámico entre el individuo y la naturaleza (salud física), y entre el individuo y la sociedad (salud mental y salud social).

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

El proyecto de prevención es una intervención de cuatro años de duración, diseñado para ser aplicado en las propias aulas. Consta de la siguiente estructura:

- Inicio de la intervención en el año 98, siendo el primer curso de intervención 5º de educación primaria, ampliando la intervención en años progresivos a 6º de educación primaria, 1º Y 2º de ESO.

- Continuidad de la intervención con los mismos menores durante cuatro años, pudiéndose ampliar el programa a un quinto y sexto año y curso, 3º y 4º de ESO, con el proyecto de “Señas de identidad”, el cual actualmente se está realizando.

- El proyecto será más amplio de contenidos en el primero de los cursos destinatarios, ya que se estima idóneo por la edad y las características de la población, fomentando actitudes preventivas antes del inicio de cualquier consumo, utilizando los cursos posteriores para reforzar dicha actitud.

Este método de un programa básico y sus secuencias adicionales es lo recomendado para una intervención preventiva.

- El proyecto se organiza en sesiones de una hora de duración, las cuales tendrán una frecuencia semanal, y se desarrollarán en horario escolar.

- Los grupos dianas son los compuestos por las clases, siendo su ratio idóneo de 25-30 alumnos, ya que de esta manera se facilita la interacción.

- Se realizará una formación previa al desarrollo del proyecto, dirigida por un lado a los voluntarios, y por otro a los profesores de los centros.

- El proyecto será coordinado por dos técnicos de la asociación, participando en su implementación 60 voluntarios. La evolución en años posteriores se describe en el cuadro resumen.

LA HISTORIA DE RUBÉN: EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL MEDIO ESCOLAR

- Se creará una comisión de seguimiento, donde estarán presentes los coordinadores de la asociación y el personal de la administración competente.

Un cuadro resumen sería el siguiente:

AÑO	CURSO	SESIONES	PARTICIPANTES	COORDINADORES VOLUNTARIOS
1998	5° E.P.	10	900	2/60
1999	5° E.P. 6° E.P.	10 7	2.000	3/100
2000	5° E.P. 6° E.P. 1° ESO	10 7 7	2.900	4/130
2001	5° E.P. 6° E.P. 1° ESO 2° ESO	10 7 7 7	3.800	5/150

DESTINATARIOS

Alumnos de 5° y 6° de Educación Primaria, y 1° Y 2° de Educación Secundaria Obligatoria.

Los centros escolares a intervenir en el año 98 serían un total de 21, distribuyéndose en 2 centros por distrito municipal-distrito Carranque son 3 centros-o Estos centros serían elegidos por el Area de Bienestar Social, siendo aconsejable que intervinieran los centros de servicios sociales.

OBJETIVOS

GENERALES

- Prevenir el consumo de drogas.

ESPECÍFICOS

5° EDUCACIÓN PRIMARIA.

- Estimular la adquisición de hábitos sanos y eliminar los insanos.
- Conocer los condicionantes de la salud.

- Favorecer la adquisición de criterios ante los peligros más graves y frecuentes para la salud.

6º EDUCACIÓN PRIMARIA.

- Desarrollar conocimientos sobre las características y efectos del tabaco y el alcohol.
- Fomentar actitudes críticas ante el fenómeno de las drogas.
- Favorecer el desarrollo de la autoestima y la autonomía ante la presión de grupos.

1º EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA.

- Reforzar conocimientos sobre el tabaco y el alcohol.
- Desarrollar conocimientos sobre las características y efectos de las drogas ilegales.
- Fomentar resoluciones de situaciones de riesgos identificadas (curiosidad, problemas familiares, fracaso escolar, presión de grupo, etc.)
- Promocionar alternativas saludables al ocio y tiempo libre.

2º EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA.

- Reforzar conocimientos sobre las drogas en general.
- Fomentar resoluciones de situaciones de riesgos identificadas.
- Promocionar alternativas saludables al ocio y tiempo libre.

METAS

Las metas se dirigirán a medir dos aspectos. El primero, los cambios que se busca con la intervención realizada, y el segundo, el proceso en sí.

En relación a los cambios producidos por nuestra intervención, distribuiremos las metas en tres áreas:

1. Información sobre las drogas y sus efectos.
2. Actitudes preventivas y/o favorecedoras del consumo de drogas.
3. Consumo de drogas.

En el presente proyecto, las metas no podemos describirlas cuantitativamente, ya que se desconoce la situación de los destinatarios en dichas áreas, lo cual será resuelto tal como describimos en el apartado de evaluación.

Así, nos planteamos las siguientes metas:

1. Consecución de un aumento de aquéllos que tienen una correcta información sobre las drogas y sus efectos.
2. Consecución de un aumento de aquéllos que presentan actitudes preventivas o no favorecedoras del consumo de drogas.
3. Disminución de aquéllos que consumen drogas.
4. Aumento de aquellos consumidores que usan más correctamente las drogas.

Respecto al proceso, las metas serán:

1. Participación del 100% de los centros planificados.
2. Ejecución del 80% de las actividades planificadas.
3. Ejecución del 75% de las reuniones de coordinación planificadas.
4. Consecución del 75% de satisfacción respecto al proyecto de los profesionales de la educación.
5. Consecución del 80% de los plazos temporales previstos.

METODOLOGÍA

La metodología implica la participación activa del destinatario, sin la cual este proyecto no podría realizarse, ya que se pretende que la consecución de los objetivos tome como base el propio conocimiento que poseen los participantes, iniciándose un proceso dinámico y atractivo para el menor, donde vaya descubriendo la información y las actitudes propuestas. Existirán varias características esenciales en la metodología propuesta:

1. Utilización de una guía didáctica para cada participante, donde se desarrollará pedagógicamente los contenidos a transmitir, insertando algunas de las actividades que se realizarán.

La guía didáctica, presentada como LA HISTORIA DE RUBÉN, tiene a este personaje como protagonista, siendo un menor de iguales características que los destinatarios y que se convierte en el narrador de los contenidos. El personaje presenta un referente positivo y saludable. Alrededor de él existen otros personajes, los cuales vienen a complementar la función del primero, y que intentan adaptarse lo más realmente posible al entorno social y familiar de los destinatarios.

El formato elegido es un cuaderno de dieciséis páginas, tipo A4, utilizando textos, personajes, y paisajes dibujados en toda la gama de colores (Ejemplo de unidad didáctica Anexo 1).

La guía supone además una posibilidad de que la intervención no sólo se circunscriba al ámbito escolar, ya que hay actividades que serán presentadas como tareas para casa, donde los padres pueden acompañar a sus hijos en la realización de las mismas.

2. Actividades que requieren el trabajo en grupo, lo que supone una consecución de objetivos secundarios o indirectos en el proyecto, como son habilidades de saber dialogar, tomas de decisiones, negociar y consensuar.

3. Actividades individuales, donde aquellos menores más inhibidos y con menor participación en las actividades grupales, deberán expresar los contenidos demandados.

4. Actividades que serán representadas con trabajos finales, es decir, los participantes expresarán con conclusiones todo el proceso de reflexión realizado, las cuales serán compartidas con el resto de compañeros y educadores, y que adicionalmente podrán tener su reconocimiento material (regalos).

5. Actividades que siguen el modelo del aprendizaje estructurado, donde los participantes ensayan las habilidades con la interacción de los educadores y de los propios compañeros.

6. Actividades que conllevan la creatividad, tanto en expresión plástica, como gramatical, corporal, etc.

7. Esta metodología podrá ser asegurada por la implicación de educadores voluntarios, que en el número de participantes planificados supone una atención muy individualizada. El objetivo es tener tres educadores por clase.

La participación del voluntario es esencial en el presente proyecto, ya que entendemos que esto supondría la articulación de la sociedad civil, y su implicación activa en la prevención de las drogodependencias.

DESCRIPCIÓN

La organización de los contenidos tendrá el siguiente índice:

1. Núcleo temático: Dispondrá el contenido específico que se trabajará.
2. Objetivo operativo: Traducción operativa del objetivo general del proyecto y de los objetivos específico de cada curso.
3. Unidad didáctica: Presentación pedagógica del contenido, determinando qué decir, como hacerlo y en cuanto tiempo. Las unidades didácticas que poseen los educadores, presentan los tres bloques comentados:
 - Marco teórico (contenido que el educador tiene que transmitir).
 - Actividades (forma pedagógica de transmitirlo).
 - Organización temporal (tiempo para transmitirlo).
4. Actividad: Unidad mínima de organización del proyecto, determinando cómo transmitir los contenidos.

A continuación, presentamos este índice por cada curso destinatario:

5º EDUCACIÓN PRIMARIA.

NÚCLEO TEMÁTICO	OBJETIVOS OPERATIVOS	UNIDADES DIDÁCTICAS	ACTIVIDADES
1. La salud y sus condicionantes.	Conocer el significado de la salud y los factores que la condicionan.	Doña Salud.	El árbol de la salud.

LA HISTORIA DE RUBÉN: EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL MEDIO ESCOLAR

2. Hábitos que contribuyen a una vida sana.	Valorar los efectos de sustancias nocivas o del abuso de cualquier sustancia sobre la actividad física, y los de ésta sobre la salud.	Doña Salud también se entrena.	Dramatización. Cómic. Redacción de una carta.
	Valorar la necesidad de una alimentación equilibrada y nutritiva.	La rueda de la alimentación.	La rueda de la alimentación.
3. Tabaco, alcohol y salud	Diferenciar situaciones de uso y abuso de sustancias, reconociendo los efectos perjudiciales del abuso.	Si uno abusa, el cuerpo lo acusa.	Cómic. Dramatización. Verdadero o falso.

6º EDUCACIÓN PRIMARIA

NUCLEO TEMÁTICO	OBJETIVOS OPERATIVOS	UNIDAD DIDÁCTICA	ACTIVIDAD
Tabaco, alcohol y salud.	Obtener información sobre tabaco, alcohol, y sus efectos.	Alcohol y tabaco, ¡que mal rato!.	Canción. Experimento de la tetina. El cuerpo humano.
Causas y situaciones que favorecen el consumo de tabaco y alcohol.	Asociar los efectos del tabaco y el alcohol con problemas personales, familiares y sociales.	Alcohol y tabaco, ¡que mal rato!.	El cuerpo humano. Cómic.
La elección personal, libertad o dependencia.	Descubrir la falsedad de algunos mitos sobre el tabaco y el alcohol. Adoptar posturas críticas ante las drogas, con autonomía y convencimiento.	Sobre el vino, ¿el refranero dice algo verdadero?. ¿Con o sin?.	Refranes. Inventar refranes. Dramatización. Campaña publicitaria. Redacción.

1º E.S.O.

NUCLEO TEMATICO	OBJETIVOS OPERATIVOS	UNIDAD DIDACTICA	ACTIVIDAD.
Tabaco, alcohol y salud.	Obtener información sobre las drogas de diseño y sus efectos.	Tabaco y alcohol, ¡qué mal rato!..	Cada oveja con su pareja. Experimento de la tetina.
Drogas de diseño y cannabis.	Obtener información sobre las drogas mencionadas y sus efectos.	¡Atención pastillas!.	Canción. Cómic.
Resolución de problemas y toma de decisiones.	Prevenir la curiosidad en el inicio al consumo de drogas.	La curiosidad mató al gato.	Dramatización.
	Prevenir la presión de grupo.	Aprender a decir ¡NO!.	Dramatización.
	Prevenir la presión de los medios de comunicación.	¿Es verdadera la felicidad que anuncia la publicidad?.	Análisis de la publicidad.
Ocio y tiempo libre.	Reforzar alternativas sanas al consumo de drogas.	¿Aburrido yo?. No, gracias.	Canción. Mural.

2º E.S.O.

NUCLEO TEMATICO	OBJETIVOS OPERATIVOS	UNIDAD DIDACTICA	ACTIVIDAD
Tabaco, alcohol, drogas de diseño y cannabis.	Reforzar información sobre las drogas mencionadas y sus efectos.	Las drogas no molan.	Verdadero o falso.
La cocaína y la heroína.	Obtener información sobre dichas drogas y sus efectos.	Las drogas no molan.	Mural.
Resolución de problemas y toma de decisiones.	<p>Concienciar sobre los peligros derivados del consumo de drogas.</p> <p>Prevenir la presión de grupo.</p> <p>Potenciar el afrontamiento individual ante situaciones de riesgo.</p>	<p>¿Y tú que crees?.</p> <p>¡Aprende colega!.</p> <p>Responde a la persuasión.</p> <p>Responde al fracaso.</p>	<p>Campaña publicitaria.</p> <p>Dramatización. Cómico.</p> <p>Dramatización.</p> <p>Dramatización.</p>

EVALUACIÓN

La evaluación de este programa es un proceso abierto; no acaba aquí, es un parcial, y acaba cuando la intervención acabe en 2º de E.S.O. con los mismos chavales que hemos empezado en 5º de educación primaria.

Los datos extraídos nos darán referencias para el próximo curso, pudiendo de esta forma evolucionar en esta gran aventura de la prevención de las drogodependencias.

1. RESULTADOS OBTENIDOS SEGÚN METAS PREVISTAS

1.1. EVALUACIÓN DEL PRODUCTO

El problema planteado en la evaluación del producto era probar la eficacia de la intervención, esencialmente como potenciador de hábitos y actitudes positivas en relación a la salud, con un carácter meramente preventivo.

El objetivo de la evaluación es comprobar si el programa da respuesta a la creación de dichas actitudes y hábitos.

Esta evaluación se ha llevado a cabo mediante la realización de un cuestionario a los participantes, al inicio y al final de la intervención. Significar que dicho cuestionario fue validado con anterioridad, siendo probado con alumnos de un centro escolar no participante en el programa, aunque de similares características y nivel de los participantes; de esta manera se logró mejorar el instrumento de evaluación, corrigiendo todos los errores observados.

A. Universo y muestra

El universo eran 860 alumnos, que son los que han participado en el programa. La muestra que se ha escogido ha sido de 658 alumnos, lo que supone un 76,5 % del universo. Las razones de esta elección son espontáneas, ya que el objetivo planificado era tener como nuestra el universo entero; esto no se ha podido realizar por bajas de alumnos; bien sea por la exclusión del colegio entero, tal como hemos señalado en relación al colegio Gálvez Moll, bien sea porque han faltado los encuestados a uno de los momentos de su realización, ya sea en el inicio o en el final, declarando nulo dicho cuestionario; o bien por haber detectado cuestionarios mal respondidos, considerándolos nulos.

Señalar que cada alumno estaba identificado con una clave, pudiendo saber cuál era su pretest, y cuál su postest, de esta forma podíamos invalidar la totalidad si detectábamos alguno de ellos nulo.

B. Análisis e interpretación de datos

Los resultados obtenidos, según las metas planteadas, nos vienen a decir lo siguiente:

1. Consecución de un aumento de aquellos que tienen una información correcta sobre los contenidos aplicados en el programa: Salud, Alimentación, Uso y abuso, y Deporte.

Por área de conocimiento, el impacto de mayor proporción, y el resultado de un valor negativo, ha sido el siguiente:

AREA	DISTRITO MUNICIPAL	IMPACTO
SALUD	Campanillas	9,05%
	Puerto de la Torre	7,66%
ALIMENTACIÓN	Puerto de la Torre	9,4%
	Ciudad Jardín	6,25%

DEPORTE Y SALUD	Palma-Palmilla Ciudad Jardín Centro	9,52% 2,08% -0,57%
USO Y ABUSO	Palma-Palmilla Puerto de la Torre	11,9% 5,13%

NÚCLEO TEMÁTICO: LA SALUD Y SUS CONDICIONANTES.

• **Objetivo operativo:** Conocer el significado de la salud y los factores que la condicionan.

• **Items:** 1,2,3, 10,13, Y 12.

1. Estamos sanos cuando nuestro cuerpo y nuestra mente están sanos.

2. Si me ducho todos los días, me aparecerán piojos en la cabeza.

3. Que mi barrio esté sucio perjudica mi salud.

10. Estamos enfermos cuando hay algún problema en nuestro cuerpo o en nuestra mente.

12. Como en Málaga hay barrenderos da igual que tiremos las cosas al suelo y que ensuciemos la ciudad.

RESULTADO:

<i>PRETEST</i>	<i>POSTEST</i>	<i>IMPACTO</i>
69,76%	74,80%	5,05%

NÚCLEO TEMÁTICO: HÁBITOS QUE CONTRIBUYEN A UNA VIDA SANA.

• **Objetivo operativo 1:** Valorar la necesidad de una alimentación equilibrada o nutritiva.

• **Items:** 4, 6,14,18,20,21, Y 5.

4. Si como de todos los alimentos, mi cuerpo y mi mente estarán sanos.

5. Las golosinas y los dulces son más sanos que las frutas.

14. Los alimentos (pan, fruta, pescado, carne, etc.) tienen unas sustancias que hacen que nuestro cuerpo funcione bien.

18. Un bocadillo es más sano que un bollycao.

20. Las chucherías son alimentos más sanos que las frutas y las carnes.

21. Si me alimento mal estaré sano.

RESULTADO:

<i>PRETEST</i>	<i>POSTEST</i>	<i>IMPACTO</i>
90,81%	93,53%	2,72%

• Objetivo operativo 2: Valorar los efectos de sustancias nocivas o del abuso de cualquier sustancia sobre la actividad física y los de ésta sobre la salud.

• Items: 7, 11, 15, 19.

7. El hacer deporte siempre dañará nuestros músculos.

11. El que hace deporte respirará igual de bien que la persona que fuma.

15. La persona que nunca hace deporte, su cuerpo funcionará mejor.

19. La contaminación del humo de los coches y del tabaco no perjudica a los deportistas.

RESULTADO:

<i>PRETEST</i>	<i>POSTEST</i>	<i>IMPACTO</i>
96,66%	97,52%	0,86%

Podemos observar que el impacto es mínimo, por lo que los destinatarios tienen una relación positiva con el deporte, en cuanto a que conocen que hacer deporte es saludable.

NUCLEO TEMÁTICO: TABACO, ALCOHOL Y SALUD.

• Objetivo operativo: Diferenciar situaciones de uso y abuso de sustancias, reconociendo los efectos perjudiciales del abuso.

• Items: 8, 9, 16, 17, 22 Y 23.

8. En una cena comer mucha carne es saludable (sano).

9. Jugar cinco horas a la vídeo consola no es tan malo como dicen los mayores.

16. Es bueno comer algo de carne, pescado y verduras sólo una vez al mes.

17. Nunca se debe jugar a la vídeo consola.

22. Si una persona bebe alcohol en una fiesta se lo pasará mejor que si no bebe.

23. No pasa nada por tomar medicamentos sin prescripción del médico.

RESULTADO:

<i>PRETEST</i>	<i>POSTEST</i>	<i>IMPACTO</i>
91,97%	94,73%	2,76%

2. Consecución de un aumento de aquéllos que presentan actitudes preventivas o no favorecedoras del consumo de drogas.

RESULTADO:

<i>PRETEST</i>	<i>POSTEST</i>	<i>IMPACTO</i>
70,69%	80,47%	9,78%

La meta se ha logrado alcanzar en un porcentaje elevado, teniendo mucho mejor resultado que en conocimientos, lo que nos optimiza la intervención, ya que esencialmente la prevención persigue ese cambio conductual, basado en la salud y en modelo no favorecedores del consumo de drogas. Resaltar los mayores resultados en los distritos de Palma-Palmilla con 34,82%, y Bailén-Miraflores, con un 27,85%.

A continuación exponemos una tabla resumen por distrito del impacto en conocimientos y actitudes, resaltando el mayor impacto positivo y el negativo.

DISTRITO	CONOCIMIENTO			ACTITUDES	
	SALUD	ALIMEN- TACIÓN	USO/ ABUSO	DEPORTES	
CENTRO	6,55%	1,72%	-0,57%	3,45%	8,51%
PALO	5,71%	2,78%	0%	-0,4%	6,99%
CIUDAD JARDÍN	6,25%	6,25%	2,08%	2,86%	8,98%
PALMA-PALMILLA	0%	4,76%	9,52%	11,9%	34,82%
MIRAFLORES- BAILÉN	2,53%	1,97%	0,42%	3,59%	27,85%
CRUZ DE HUMI- LLADERO	4,46%	2,65%	0,51%	3,85%	3,56%
CTRA. CÁDIZ	2,53%	0,77%	1,15%	1,53%	3,81%
CHURRIANA	3,85%	-0,43%	1,28%	2,24%	7,33%
CAMPANILLAS	9,05%	4,23%	1,19%	3,37%	12,43%
PTO. DE LA TORRE	7,69%	9,40%	2,56%	5,13%	9,13%

Destacar que los resultados mayores se han alcanzado en el colegio **Alhucemas** del Distrito Palma-Palmilla, lo que nos viene a subrayar la idoneidad de realizar este tipo de programa en zonas de alto riesgo, donde al ser el nivel inferior, tanto en conocimientos como en actitudes, se consiguen unos resultados mayores. El éxito de esta intervención choca con la situación del otro colegio de la zona, el Gálvez Moll, donde se suspendió temporalmente el programa, tal como hemos reseñado; una conclusión, sería la necesidad de aumentar el conocimiento previo del grupo de participantes, situación que proporcionaría información a la hora de tener previstos los imprevistos que surjan por el comportamiento de los menores, y por otro lado facilitaría el adaptar el programa aún más a la realidad de los chavales y del centro escolar.

Por otro lado, hay que tomar en cuenta que no todo los centros escolares tienen el mismo nivel, sea en conocimiento como en actitudes; así, el centro Alhucemas, presentaba un 39,29% en actitudes en el pretest, pasando en el postest a un 74, 11%. Comparativamente, el centro Jorge Guillén tenía un 79,53% en el pretest, y un 83,62% en el postest. Tenemos por tanto que aún mejorando la proporción, el primer centro no ha alcanzado el mismo nivel que el segundo centro sin intervención.

3. Consumo de drogas

3.1. Disminución de aquellos que consumen drogas.

3.2. Aumento de aquellos consumidores que usan más correctamente las drogas.

La evaluación de estas metas no tenía un objetivo temporal inmediato, sino que debería ser valorado al menos en el segundo curso, viéndose el resultado final al finalizar el programa en los cuatro años previstos. En el presente curso, se ha realizado una recogida de datos, con los siguientes resultados:

CONSUMO DE TABACO					
	DIARIO	DE VEZ EN CUANDO	CELEBRACIONES	NUNCA	UNA VEZ
PRETEST	3	7	8	622	18
POSTEST	2	9	10	591	46
DIFERENCIA	-1	2	2	-31	28

CONSUMO DE ALCOHOL					
	DIARIO	DE VEZ EN CUANDO	CELEBRACIONES	NUNCA	UNA VEZ
PRETEST	0	9	42	541	66
POSTEST	0	19	72	482	85
DIFERENCIA	0	10	30	-59	19

Lo primero que llama la atención de estos resultados, es la diferencia en el valor de la respuesta de aquellos que dicen que “nunca” han consumido; se observa cómo después de nuestra intervención ha existido un supuesto aumento de los no abstinentes, incrementándose los valores de consumo, excepto la respuesta de “diario”. Según estos datos podemos considerar que ha existido un impacto negativo, conclusión errónea, ya que no tenemos suficientes datos para dicha valoración. Para ello y basándonos en la evaluación del proceso, la explicación vendría dada por una lógica inhibición en la respuesta en el pretest, donde los alumnos no nos conocen, y temen que su contestación afirmativa en el consumo pueda tener consecuencias negativas para ellos; al finalizar el

programa, el alumno está desinhibido para contestar con sinceridad, sin temor alguno a que sea descubierto. Será en los próximos años cuando iremos confirmando los datos avanzados.

En esta primera información se observa que existen más consumos de alcohol que de tabaco, y que este consumo se mantiene en mayor medida (diario y de vez en cuando); el alcohol tiene su principal ritual en celebraciones, con lo que podemos intuir la tolerancia familiar con dichos consumos. El alcohol está presente de vez en cuando en un 2,88% de la población escolar, recordando que son niños/as de 10 y 11 años.

1.2. EVALUACIÓN DEL PROCESO

El problema planteado en la evaluación del proceso, era descubrir y/o pronosticar los defectos de planificación en los procedimientos y en su ejecución, así como valorar las actividades de dicho proceso.

META 1

Se ha obtenido el 99% de la participación de los centros planificados, ya que en el colegio Gálvez Moll (Distrito Palma-Palmilla) el proyecto se interrumpió debido a la desmotivación por parte de los alumnos. Esta interrupción fue acordada tanto por el centro escolar, los monitores y la asociación. Señalar que el programa se ha vuelto a poner en marcha pasado dos meses, aunque no lo consideramos como centro a evaluar en los resultados, siendo lo más interesante su ejecución.

META 2

Se ha obtenido el 100% de las actividades planificadas. A continuación describimos cuales fueron las distintas actividades. Señalar que la mayoría de las actividades fueron realizadas con retrasos, ya que las clases tenían un tiempo real de duración de cincuenta minutos, y no de sesenta, tal como preveíamos, así que hubo que ir reorganizando la distribución temporal.

UNIDADES DIDÁCTICAS	ACTIVIDADES
1. Doña Salud.	- El árbol de la salud.
2. La ruleta de los alimentos.	- La ruleta de la alimentación. - Juego de los nutrientes. - Menú equilibrado.
3. Si uno abusa el cuerpo lo acusa.	- Cómic. - Verdadero o falso. - Dramatizaciones.

4. Doña Salud también se entrena.	- Dramatizaciones. - Cómic. - Redacción de una carta.
Entrega de diplomas a todos los alumnos participantes, y sorteo de regalos.	

META 3

Se han mantenido 3 reuniones de seguimiento por parte de la asociación con los monitores, una al principio de la intervención, otra a la mitad, y la última al finalizar el mismo. Con los monitores se ha mantenido permanente contacto, sea telefónicamente o con presencias en el propio centro.

Respecto a los contactos con el Area de Bienestar Social del Ayuntamiento de Málaga (entidad colaboradora), se mantuvo una reunión inicial con las personas designadas por los centros de servicios sociales de cada distrito participante, en casi todos fue la figura del educador. En esta reunión se les presentó el proyecto, entregándoles una copia del mismo, y explicándoles cuál era la colaboración solicitada. Posteriormente se mantuvieron contactos individuales, tanto personales como telefónicos con los educadores. Por otro lado, los contactos con el responsable del sector de Drogodependencias del Área, han sido constantes y fluidos, contando con su colaboración permanente.

El mismo nivel de contactos se ha mantenido con los responsables de los centros escolares, siendo éste permanente.

Podemos decir que se han cumplido el 90 % de las reuniones planificadas.

META 4

Todos los profesionales entrevistados están muy satisfechos con el programa, ya que han visto un cambio positivo en los alumnos, así como han valorado muy positiva la participación de los monitores. Reconocen que algunos de los contenidos, aún no coincidentes, tienen paralelismo con materias del curriculum del centro, diferenciándose esencialmente en la metodología practicada, clasificada como muy dinámica, y que ellos no suelen utilizarla.

META 5

Se han conseguido los plazos temporales previstos. Señalar que se ha contado con una gran colaboración de los centros escolares, tanto de sus equipos directivos como de los tutores, quienes en su mayoría ha respetado los tiempos comprometidos; alguna excepción ha podido existir, siendo ésta por entender que la intervención se estaba extendiendo en demasía, en este caso la opción era la más larga, es decir, una vez por semana, con lo cual se necesitaban diez semanas.

1.3. ANÁLISIS DE TAREAS

Hacemos una breve descripción de todas las tareas realizadas a lo largo del programa.

N.º	TAREA	DESCRIPCIÓN
1	Captación de voluntarios	Se realizó a través de las facultades (con pegada de carteles), de la bolsa de voluntarios de la asociación, y de la Oficina Municipal del Voluntariado del Ayuntamiento, con quien se mantuvo distintos contactos.
2	Reunión de la asociación y el técnico municipal del área, con los responsables del programa de los distintos centros de servicios sociales de los diez distritos municipales.	Mantuvimos una reunión en el Área de Bienestar Social, entre las partes señaladas, explicando el programa, su desarrollo, y cuál sería la participación de cada uno. Se repartió el programa a cada uno de los distritos.
3	Selección de los colegios por cada distrito.	Se han elegido dos colegios por distrito, salvo en Cruz de Humilladero que han sido tres. La elección ha sido en base a la motivación del centro escolar, zonas de ubicación, factores de riesgo, etc.
4	Reunión con los centros escolares.	Se ha realizado una reunión en cada centro escolar con el jefe de estudio, tutores, responsables de servicios sociales, y monitores del programa. En dicho contacto se ha explicado el programa, y se han calendarizado las sesiones de trabajo.
5	Curso de formación de monitores voluntarios	Se han tenido tres cursos de formación, iniciándose el cinco de octubre y finalizando el veintidós de ese mismo mes. La duración ha sido de seis sesiones de dos horas cada una.

6	Presentación pública e inicio del programa en los 21 colegios.	El programa se inició el 2 de noviembre, presentándolo a los medios de comunicación en rueda de prensa, en la que estuvieron presentes la concejala y el técnico responsable del Area de bienestar Social, el director del colegio doctor Fléming, y la asociación.
7	Contacto directo y/o telefónico con los monitores a lo largo de todo el programa.	Se ha ido tomando el pulso a la intervención de forma constante, modificando aquellos imprevistos que han surgido.
8	Reuniones de evaluación y seguimiento del programa en el ecuador del mismo, y en la última sesión.	Igual objetivo que en el apartado anterior.
9	Entrega de diplomas a los monitores participantes.	Se realizó al finalizar el programa, efectuándose en el Salón de los Espejos del Ayuntamiento de Málaga, contando con la presencia de las mismas personas que en la presentación a los medios de comunicación (nº 6).
10	Aplicar instrumentos de recogida de datos.	Se ha realizado a través de un diario de campo por parte de la coordinadora del programa, reflejando la observación directa y la información trasladada por las distintas partes, así como las conclusiones de las distintas coordinaciones y seguimiento grupales. Otros instrumentos han sido los cuestionarios, sea al inicio y al final de la intervención.
11	Entrevistas con los tutores responsables de cada aula.	Técnica para recabar información cualitativa en cuanto al desarrollo efectivo del programa con los participantes, pudiendo compararlo con la conducta normal de los menores en las clases ordinarias.

12	Sistematizar y analizar datos recogidos.	Se ha creado un programa informático para los datos vertidos por los cuestionarios. Por otra parte, ha existido la lógica selección, ordenación y valoración de la información, reflejándose las conclusiones. Faltaría por completar una fase de modificación del programa para intervenciones futuras.
----	--	--

VOLUNTARIOS

La participación de voluntarios, no nos cansaremos de decirlo, ha sido muy positiva y esencial. La mayoría de estos respondía al perfil de estudiante universitario, mayoritariamente en sus últimos cursos, y de carreras como psicología y pedagogía.

La captación ha sido esencialmente en tres espacios:

- Voluntarios de la asociación que ya habían participado en el año anterior en el programa.
- Universidad.
- Oficina Municipal del Voluntariado.

El número de voluntarios captados fue de ochenta, terminando el programa sesenta y dos, lo que supone el 77,5%. Las bajas se han debido por motivos laborales, o por incompatibilidad de horarios.

La predisposición, actitud, y responsabilidad existente han sido encomiables, transmitiendo dicho espíritu a la intervención. La reacción del profesorado a los voluntarios podemos definirla como de admiración, entendiendo como positiva la intervención de agentes externos.

CONCLUSIONES

De la información obtenida de los datos expuestos anteriormente, así como de los monitores y de los profesionales de los centros escolares, podríamos reseñar en relación las siguientes conclusiones:

1. Las actividades en general no presentan dificultades para su comprensión por parte del alumnado, siendo las dramatizaciones las actividades más divertidas para el participante, resultando ser el mejor instrumento de observación para el monitor, ya que se ha reflejado de forma más clara y precisa los contenidos aprendidos.
2. Las actividades con más dificultad, son aquellas relacionadas con la unidad didáctica de la alimentación, debido a que el contenido suponía mayor nivel de comprensión cognitiva, pudiendo ser la exigencia más alta de la realidad.
3. Los alumnos han mostrado un gran interés por las actividades planteadas, situa-

ción que les llamaba la atención al profesorado, ya que la tónica general es de desmotivación ante propuestas realizadas por el centro.

4. Los alumnos han mostrado igualmente gran satisfacción por los monitores, ya que estos suponían una novedad, además de presentarse como una forma distinta de aprender cosas en clase. La presencia de los monitores ha sido clasificada por parte del profesorado de “excepcional”.

Esto viene a verificar la hipótesis de que lo importante en un programa de prevención de drogodependencias, en cuanto a quien lo imparte, es que sean modelos positivos, y no tanto si son agentes externos o internos al medio escolar. Nuestra intervención es específica, viene originada desde el movimiento asociativo, desde una respuesta comunitaria y no administrativa, por lo que debe fomentar la interacción entre el medio escolar y la comunidad, y no seguir poniendo un muro de aquí los profesores, y de allá los vecinos del barrio. Otra cosa es la necesidad que los profesores realicen de forma continua dentro de sus diseños curriculares el tema de la prevención de las drogodependencias. La realidad del profesorado es la falta de recursos -a todos los niveles- para realizar prevención, así debemos valorar la idoneidad de los programas que se centran en una intervención única del profesorado, ya que supone un riesgo, y porque a nuestro entender, el coste es desproporcionado.

5. El material de la guía -La historia de Rubén-, ha resultado muy atractivo para el alumno, quien rara vez se le olvidaba traerla a clase, y ha sido utilizada en horarios extraescolares. Se adaptaba al destinatario.

6. La metodología utilizada ha sido muy adecuada, aunque en su ejecución ha planteado dificultades, dependiendo de las características del alumno y el nivel académico; la flexibilidad, y la priorización de adaptación de la metodología ha sido esencial para el logro de la intervención. Las actividades realizadas en equipo han sido muy positivas, tanto por la interacción de unos alumnos con otros, como por las habilidades desarrolladas, tales como el diálogo y la toma de decisiones, habilidades que ya fueron previstas en el proyecto. El trabajo en grupo es una dinámica poco utilizada en el medio escolar, situación que se ha reflejado en la interacción de los participantes.

Generalmente los trabajos finales de las distintas actividades, han sido expuestos en las aulas, dejándolas estas normalmente en el desarrollo de toda la intervención, teniendo un efecto positivo.

7. Una conclusión común a todos los que han participado de una u otra manera en el proyecto, es la necesidad de ampliar la intervención en tiempo, tanto en horas como en días o semanas; de esta forma se garantizaría la consecución de mejores y mayores resultados. Se puede concluir que la intervención debería tener una temporalización de dos sesiones por semana.

8. La intervención tiene un impacto positivo, a todos los niveles, tanto en conocimiento como en actitudes, respondiendo a todas las estratificaciones existentes, sean geográficas, de nivel académico, nivel económico, problemática social, etc. Esto viene a verificar que el programa es idóneo es los términos que han sido diseñados y planificados.

Esto no es más que el reconocimiento de que el engranaje, el motor del vehículo que diseñamos puede y sabe andar, que es necesario ir reciclándolo para mejorar el rendimiento, y que no tendremos la evaluación final hasta que terminemos nuestra primera gran meta, que es la conclusión del programa en los cuatro años.

Gracias a todos los que hicieron posible La Historia de Rubén.

Bibliografía

- Comisionado para la Droga. Los andaluces ante las drogas IV. Edit. Junta de Andalucía.
- Carreras, Ejido, Estany y otros: Cómo educar en valores. Edit. Narcea.
- Varios: Tratado sobre la prevención de las drogodependencias. Edit. Edex.
- Carrasco Jiménez, T. J. Y otros: Revista psicológica conductural (Volumen 3, W3, 1.995). Edit. Siglo XXI de España Editores.
- Comisionado para la Droga. Programa de prevención comunitaria. Edit. Junta de Andalucía.
- Delegado Arcos y otros: Programa de prevención de drogodependencias al finalizar la Educación Primaria. Edit. Junta de Andalucía.
- Consejería de Educación y Ciencia. Propuesta de Educación para la salud en los Centros Docentes. Edit. Junta de Andalucía.
- Programa ¿y tú Qué piensas? FAD.
- Goldstein, A. P. Y otros: Habilidades sociales y autocontrol en la Adolescencia. Edit. Martínez Roca.
- Cohen, E.: Evaluación de proyectos sociales. Edit. Siglo XXI.
- Payne, M.: Teorías contemporáneas del Trabajo Social.
- Pincus y Minahan: Aplicación de la teoría de los sistemas a las prácticas del Trabajo Social.
- Comisionado para la Droga: Material informativo.
- Programa prevención drogodependencias A.C.P.

IV Premio Científico

Año 2000

1.- Pobreza y Exclusión Social en Andalucía. Acercamiento empírico mediante tipologías.

Antonia Ramírez Pérez

I.E.S.A. de Andalucía/C.S.I.C. Universidad de Córdoba

Clemente J. Navarro Yáñez

Universidad Pablo de Olavide I.E.S.A de Andalucía/C.S.I.C.

Pobreza y Exclusión Social en Andalucía. Acercamiento empírico mediante tipologías

Antonia Ramírez Pérez

I.E.S.A. de Andalucía/C.S.I.C. Universidad de Córdoba

Clemente J. Navarro Yáñez

Universidad Pablo de Olavide I.E.S.A de Andalucía/C.S.I.C.

Resumen

Cada vez en mayor medida el análisis de la desigualdad social se aborda desde una doble perspectiva: desde la perspectiva de la pobreza o distribución de la renta y desde la perspectiva de la inclusión/exclusión social. En este marco, el artículo presenta una propuesta metodológica para el análisis conjunto de ambas cuestiones a partir de datos de una encuesta. Ésta es aplicada al caso de Andalucía a través del análisis de los datos de la “Encuesta sobre condiciones de vida de la población pobre” realizada por EDIS entre 1994 y 1996. El artículo presenta una tipología al respecto, así como los rasgos que caracterizan a cada tipo resultante. Se cierra con unos breves comentarios conclusivos en torno a los resultados alcanzados ya sus implicaciones con relación al diseño de políticas públicas.

INTRODUCCIÓN

El análisis de la pobreza, tanto de su volumen como de sus rasgos a atributos características, viene siendo una línea de investigación de gran importancia en el análisis de la desigualdad en las sociedades contemporáneas, sin obviar por ella las estudios clásicas sobre clases sociales, o las más concretas referidos a grupos específicos, ya sean definidas por la edad, el género u otros criterios que pueden generar situaciones de desigualdad.

Pero, a pesar de la importancia del análisis de la pobreza, y por tanto, de la renta, se viene llamando la atención sobre la necesidad de afrontar una visión más amplia de la desigualdad y de la calidad de vida a través de la influencia de otros factores. En este caso, se suele hacer referencia al concepto de exclusión social, entendida como la situación en la que un individuo a grupo se encuentra separado respecto a las posibilidades laborales, educativas, políticas, culturales, etc. de las que otros, o la media de la población considerada, disfrutan; o de las que son consideradas, desde un punto de vista normativo, como básicas para el desarrollo de una “vida buena”.

El presente artículo muestra algunos de los resultados de la investigación que sobre

“Pobreza y Exclusión Social en Andalucía” viene realizando el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía/CSIC, a través del análisis estadística de diversas fuentes de datos existentes al respecto y de la recopilación de información cualitativa de informantes cualificadas y de la realización de historias de vida. En concreto, aquí se presenta una tipología construida a partir de la aplicación de análisis multivariantes a los datos de la “Encuesta sobre Condiciones de la Población Pobre” realizada por EDIS entre 1994 y 1996 en las ocho provincias andaluzas. Los resultados que se presentan han servido para orientar la selección de los tipos que debemos analizar a través de historias de vida. Aún así, el análisis puede considerarse de interés en sí misma, pues presenta los rasgos básicos de las diversas situaciones de pobreza y exclusión existentes en esta comunidad autónoma².

En el primer apartado se da cuenta del diseño de la investigación, señalando los conceptos, variables, indicadores y métodos de análisis de información utilizados, así como el resultado en forma de una tipología. En el segundo apartado se caracterizan cada uno de los tipos resultantes a partir de las variables e indicadores singulares utilizadas para su elaboración, además de otros de carácter contextual como el hábitat. En el tercer apartado, y a modo de conclusiones, se presenta una visión sintética del fenómeno y un marco general en el que situar e iniciar la discusión sobre los ejes principales de los procesos de pobreza y exclusión en Andalucía, así como sus implicaciones para el diseño de políticas públicas al efecto.

Nuestro interés reside en presentar una propuesta metodológica para analizar las situaciones de pobreza y exclusión, pero, sobre todo, en dar cuenta de los resultados básicos alcanzados, con el objeto de iniciar un debate en torno a este asunto. Por ello, se han reducido al máximo en el texto las referencias a los resultados estadísticos, pudiéndose en todo caso consultar en los documentos de trabajo que al respecto se vienen elaborando en el IESA de Andalucía una vez finalizado el proyecto de investigación.

DE LOS CONCEPTOS A LOS TIPOS: CONSTRUCCIÓN DE UNA TIPOLOGÍA DE HOGARES POBRES Y EXCLUÍDOS A PARTIR DE ANÁLISIS MULTIVARIABLES

Tal y como se ha indicado más arriba, los datos utilizados para realizar el análisis provienen de la “Encuesta sobre Condiciones de Vida de la población pobre” realizada por EDIS entre 1994 y 1996. El universo de este estudio lo constituyen los hogares andaluces que se encuentran por debajo del umbral de pobreza andaluz, esto es, el 50% de los ingresos netos medios equivalentes a unas 55.271 pesetas por persona y mes. En su conjunto, el tamaño muestral es igual a 3.603 hogares, lo que supone un error menor al 1,5%, y un nivel de confianza del 95%³.

Nuestro análisis pretende mostrar una propuesta por lo que poder analizar las situaciones de pobreza y exclusión en una población determinada a través de datos de encuesta. Para ello, y partiendo del supuesto de que pobreza y exclusión son dos dimensiones que, en principio, no han de darse de forma conjunta, se ha creado una tipología específica para cada aspecto, pasando posteriormente a comprobar el grado en que aparecen asociadas. En su totalidad, el proceso desarrollado es el que se muestra en la

ilustración 1.

Fase 1: la medición de la pobreza y la exclusión social

En primer lugar, se han construido dos tipologías, referidas, cada una de ellas, a los dos aspectos relevantes de nuestro estudio: la pobreza y la exclusión social. En concreto, el proceso desarrollado ha sido el siguiente:

- Niveles o grados de pobreza. Siguiendo los criterios metodológicos comunes al análisis de este asunto (Deleeck y Van den Bosch, 1990), se han comparado los ingresos medios equivalentes de cada hogar, declarados en la encuesta, con los ingresos medios equivalentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía, delimitando dos niveles o grados de pobreza⁴.
- Hogares en situaciones de precariedad: entre el 50% y 35% de los ingresos medios equivalentes en Andalucía, o lo que suele denominarse “pobreza leve”.
- Hogares en situación de pobreza propiamente dicha: aquellos situados por debajo del 35% de la renta media equivalente, a lo que suele denominarse pobreza grave o severa.

Grados o situaciones de exclusión social. Partiendo de una concepción normativa de la “buena vida”, se han considerado diversas áreas o dimensiones en las que, de haber situaciones de carencia, puede considerarse que los individuos y sus hogares se encuentran alejados de los criterios que garantizan la inclusión social, el desarrollo de una buena vida o, si se prefiere, un menoscabo de las “oportunidades vitales” (Dahrendorf, 1983)⁵. En concreto, las dimensiones consideradas fueron: acceso al mercado laboral, educación, acceso y condiciones de la vivienda, y diversos problemas específicos como ludopatía, toxicomanía, problemas con la justicia, minusvalías ... , definiendo para cada una de estas dimensiones de exclusión social diversos indicadores a partir de la información que ofrecía la Encuesta EDIS⁶.

Ilustración 1. EL PROCESO DE ANÁLISIS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA TIPOLOGÍA DE HOGARES POBRES Y EXCLUÍDOS EN ANDALUCÍA

Una vez delimitados los indicadores, se ha procedido a realizar análisis multivariantes orientados a reducir información para elaborar indicadores más simples, en concreto, análisis factorial. Se trata de determinar si los diferentes rasgos e indicadores de exclusión suelen darse de forma conjunta, o si, por el contrario, se trata de situaciones específicas no relacionadas entre sí. Y sus resultados apuntan a que, en grandes líneas, los diversos indicadores de exclusión social pueden resumirse en una sola dimensión o eje factorial, lo que ha permitido construir un indicador sintético a partir de las puntuaciones factoriales de los hogares sobre ese eje. A partir de su punto medio se ha distinguido entre las situaciones de vulnerabilidad por encima y de exclusión por debajo.

Fase 2: Tipología sintética de pobreza y exclusión

Posteriormente, se han cruzado los dos grados de exclusión con las dos situaciones de pobreza delimitadas más arriba. Los resultados se muestran en la Tabla 1. En ésta puede apreciarse que, en su gran mayoría, los hogares pobres en Andalucía se encuentran en una situación de vulnerabilidad (76,8%) más que de exclusión propiamente dicha (23,2%), al igual que ocurre al diferenciar entre los niveles de precariedad (60,9%) y pobreza severa (39.1%)⁷.

Así, aparece claramente que el grupo de los hogares en situación de precariedad y vulnerabilidad es el más numeroso, seguido de aquéllos que, aún siendo vulnerables, presentan menores niveles de renta. Por último, el peso de los hogares excluidos y precarios es similar al de los hogares excluidos y pobres.

Para determinar con mayor exactitud la relación entre ambas dimensiones de la desigualdad social, se han calculado residuos ajustados, lo que da cuenta del nivel de asociación existente entre cada categoría de las variables y su nivel de significatividad estadística⁸. Los resultados muestran que las asociaciones son amplias y significativas en las cuatro casillas, aunque positiva entre las situaciones más favorables y más desfavorables, negativas entre aquellas categorías que dan cuenta de distintos niveles de pobreza o exclusión. De aquí podría derivarse la existencia de una considerable asociación entre las situaciones de pobreza y las situaciones de exclusión, sobre todo en sus puntos más intensos y más débiles, algo así como una tendencia de mejora desde la casilla inferior izquierda a la casilla superior derecha⁹.

Tabla 1. TIPOLOGÍA DE POBREZA Y EXCLUSIÓN: TIPOS BÁSICOS

Porcentaje sobre el total de la muestra.

Para caracterizar de forma más detallada cada tipo, más allá del grado o intensidad con que se presentaban la pobreza y la exclusión, posteriormente se cruzan estas cuatro categorías con cada una de las variables consideradas en el análisis de la exclusión. Ello, además, permite definir y especificar subtipos en función de la existencia de relaciones significativas entre las variables, o, aún más, cualificar las diferencias de exclusión que presentan los tipos. El resultado es el que se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. TIPOLOGÍA DE POBREZA Y EXCLUSIÓN: SUBTIPOS

Porcentaje sobre el total de la muestra.

Dentro del tipo A pueden diferenciarse entre dos subtipos en función de cortes generacionales: hogares compuesto por un anciano, o un núcleo familiar de ancianos, y hogares compuestos por al menos un núcleo familiar en edad activa. Dentro del tipo C, es posible distinguir subtipos en función del tipo de exclusión que presentan discapacidad física o adicción, o por el hecho de presentar situaciones de exclusión en todas las dimensiones consideradas, siendo este el subtipo denominado “exclusión”.

Entre las hogares incluidos en el tipo B cabe distinguir entre aquéllos que se caracterizan por la presencia de algún miembro con una enfermedad grave, que causa problemas de integración laboral o educativa, a aquéllos otros que, aún encontrándose en

una situación de pobreza severa, no presentan un grado significativo de exclusión en ninguna de las dimensiones consideradas. Por último, el tipo D es susceptible de división en dos subtipos: toxicómanos y marginados, siendo estos últimos aquéllos que, además de encontrarse en situaciones de pobreza severa, presentan altos grados de exclusión en todas las áreas o dimensiones consideradas.

CARACTERIZACIÓN DE LOS TIPOS RASGOS ESPECÍFICOS Y CONTEXTUALES

En este apartado se presenta la caracterización detallada de cada uno de los subtipos. Para ello se han realizado análisis de tablas de contingencia, en donde se ha cruzado la tipología final con una serie de variables que pudieran dar cuenta de algunos rasgos relevantes. En concreto, éstos han sido los siguientes:

1. Tipo y tamaño de hábitat

- Tamaño: Rural (hasta 50.000 habitantes), Urbano 1(50.000 a 100.000), Urbano 2 (más de 100.000 habitantes).
- Problemas en el entorno: malos tratos a mujeres y niños, riñas, violencia física, robos y atracos y consumo de drogas y prostitución.

2. Familia: estructura y tamaño

- Número de núcleos por hogar.
- Familia numerosa.
- Familia monoparental.
- Familia de minoría étnica, fundamentalmente gitana.
- Familia de inmigrantes.

3. Características de la vivienda

- Sin vivienda propia.
- Vivienda en mal o muy mal estado.
- Vivienda con falta de equipamientos, si falta uno o más de uno de los siguientes equipamientos: agua corriente, instalación de agua caliente, WC propio o luz eléctrica.
- Hacinamiento: hogares con menos de 10 metros cuadrado por persona.

4. Mercado de trabajo

- Sin subsidio: desempleados sin subsidio sobre el total de activos en el hogar.
- Intensidad desempleo: desempleados y trabajadores esporádicos sobre el total de activos en el hogar.

5. Educación

- Baja preparación: nivel de formación adquirida por los miembros del hogar menores de 30 años.
- Analfabetismo: analfabetos por hogar.
- Niños sin escolarizar.

6. Salud

- Estado de salud malo o muy malo.
- Discapacidad por parte de algún miembro del hogar.
- Alcoholismo por parte de algún miembro del hogar.
- Drogadicción por parte de algún miembro del hogar.
- Ludopatía por parte de algún miembro del hogar.

7. Nivel de protección social

- Con seguridad social: todos los miembros cubiertos por la Seguridad Social.
- Número de ayudas públicas que recibe el hogar.
- Número de ayudas por miembros del hogar.
- Tipos de ayudas públicas que recibe el hogar: se detallan en la tabla.
- El hogar recibe ayudas de instituciones relacionadas con la Iglesia.
- Procedencia de las ayudas que recibe de instituciones relacionadas con la Iglesia.

En la Tabla 3 se muestran los resultados del análisis, situándose en horizontal cada una de las dimensiones e indicadores considerados, y en sentido vertical cada uno de los subtipos. Los signos positivos señalan la existencia de una asociación significativa y positiva entre indicador y subtipo, esto es, que este último presenta el rasgo que mide el indicador. El signo negativo muestra la existencia de una asociación significativa y negativa, es decir, es muy poco probable que el subtipo presente el rasgo que mide el indicador. La ausencia de signo muestra que no existe asociación significativa, ni positiva ni negativa, entre indicador y subtipo. Por último, hay que señalar que el doble signo debe interpretarse como la existencia de una asociación significativa, positivo o negativo, y además muy intensa¹⁰.

Tabla 3 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUBTIPOS PARA DIFERENTES DIMENSIONES DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Además de los datos que se presentan en la tabla 3, para exponer la caracterización de cada subtipo se ha considerado pertinente introducir algunos porcentajes que sirvieran para mostrar mejor los rasgos típicos de cada uno de ellos, refiriéndose estos porcentajes al conjunto de hogares que presentan un determinado rasgo indicador sobre el total de hogares del subtipo del que se trate en cada caso. En esencia, el objetivo de este ejercicio de caracterización es cualificar las diferencias en cuanto a la exclusión que presentan los subtipos, para intentar dar cuenta de los procesos diferenciales de exclusión que subyacen en cada uno de ellos, y también para conocer su situación en el eje de exclusión y pobreza delimitado en el apartado anterior mediante la primera tipología.

Anciano: Este grupo se localiza preferentemente tanto en pequeñas poblaciones de entre 500 a 5.000 habitantes como en las capitales de provincia, aunque en ambos casos se trata de zonas en las que no suele ser común la existencia de problemáticas sociales como prostitución, toxicomanías o malos tratos.

Estos hogares suelen estar habitados por personas mayores de sesenta y cinco años, bien en pareja o en solitario, y por lo común no suelen ser ni personas de minorías étnicas ni extranjeros. Evidentemente, al no estar en edad activa, los residuos ajustados en el apartado del mercado laboral son negativos y, además, por esta razón reciben algún

tipo de prestación económica como pensiones por jubilación, pensiones no contributivas o pensiones por viudedad.

Por otro parte, no suelen presentar carencias importantes respecto a lo vivienda, y, como es sabido, la fuerte presencia de personas analfabetas es una característica común o este grupo de edad, así como ciertas carencias en lo relativo a su estado de salud.

Vulnerable: Las familias de este grupo, que suelen habitar en poblaciones de zonas rurales de entre 1.000 o 50.000 habitantes son, en su mayoría, familias nucleares de no más de cuatro miembros, con presencia de ambos cónyuges y sin formar parte de minorías étnicas o de inmigrantes. Respecto a la vivienda aunque no existe una tendencia clara en cuanto al régimen de propiedad, en general presento las condiciones mínimas de habitabilidad (buen estado, buen nivel de equipamientos inexistencia de hacinamiento).

La tendencia apunta, asimismo, o que tampoco exista problemas importantes en las áreas educativas y de salud. En cuanto a su situación laboral se refiere, no presenta graves carencias. Con respecto a las ayudas públicas, la tendencia es a no recibir pensión o prestación en más de una tercera parte de los hogares. En aquellos que la perciben, ésta es por desempleo o por viudedad. De hecho, en cerca de un 57% de los hogares no existe ningún miembro en edad activa que sea desempleado sin subsidio¹¹.

Enfermo: Grupo de hogares de zonas rurales de no más de 50.000 habitantes. En ellos encontramos conviviendo a más de un núcleo familiar en el mismo hogar, en un entorno que no presenta problemas de desintegración social, tales como drogadicción, prostitución o violencia doméstica. En este grupo se localizan tanto a personas mayores con graves problemas de salud como a personas que sufren algún tipo de discapacidad, principalmente físico y psíquico, con independencia de la edad. Las peculiaridades de ambos subgrupos guardan estrecha relación tanto con los problemas educativos como con la situación que ocupan en el mercado laboral.

En cuanto a la educación se refiere, y para el primer subgrupo, las personas mayores con problemas de salud y la existencia de residuos ajustados positivos en el analfabetismo no es sino un reflejo del nivel educativo común a este grupo de edad. Y para el segundo subgrupo, personas con algún tipo de discapacidad, cabe suponer que ésta pueda constituir una barrera de acceso a la educación, de ahí la existencia de residuos ajustados positivos tanto en lo que se refiere a la baja preparación como a la existencia de niños sin escolarizar. En este sentido también se ha de tener en cuenta la localización de este grupo en zonas rurales, por lo general con menos acceso a programas de formación específicos para discapacitados.

Si se atiende al mercado laboral, y con relación a ambos subgrupos, la propia enfermedad o discapacidad implica que estas personas no sean activas laboralmente, si bien esta situación de handicap queda en parte compensada por el número de ayudas públicas que se reciben por hogar (hasta tres), que como cabría esperar se corresponden con los rasgos comentados: pensión no contributiva, prestación por invalidez o prestación por hijo con alguna minusvalía.

Pobreza: Grupo que suele localizarse en zonas urbanas de 50.000 a 500.000 habi-

tante¹². Entre sus características familiares se observa que suelen ser familias formadas por un sólo núcleo, en algunos casos con ausencia de uno de los padres. No suelen ser familias de minorías étnicas o inmigrantes. En cuanto a la vivienda, ésta presenta unas condiciones mínimas de habitabilidad, si bien existe cierta tendencia a que la misma no se tenga en propiedad sino cedida o en alquiler (alrededor del 45%). Por otra parte, en su entorno no suelen presentarse los problemas sociales comunes al lugar de residencia de otros subtipos.

Uno de los problemas principales que parece sufrir este grupo es su falta de integración en el mercado laboral, como señalan los residuos ajustados positivos de este apartado. En cambio, por lo que al área educativa y de salud se refiere, el grupo no presenta grandes carencias o problemas graves.

Por otra parte, se trata de un grupo en el que existen hogares que no perciben ningún tipo de pensión o prestación, mientras que en aquellos que se recibe éstas son muy variadas, aunque la más común es la ayuda económica familiar (28,2%). Asimismo, reciben cierta ayuda por parte de organizaciones religiosas.

En suma, quizás pudiera considerarse que, a la vista de los resultados, este grupo no presenta tantos problemas de exclusión como de pobreza. Estos últimos parecen derivarse de su falta de acceso al mercado de trabajo, a lo que cabe unir que no en todos los casos reciben ayudas públicas de carácter económico.

Discapacidad: El hábitat de residencia de estos hogares suele ser tanto en zonas rurales como en núcleos urbanos de más de 500.000 habitantes; en barriadas donde, según los hogares entrevistados, parecen existir malos tratos, robos, drogadicción y prostitución. Es un grupo con hogares formados, comúnmente, por dos núcleos familiares, cuyos miembros presentan graves problemas de salud y discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales, así como problemas de alcoholismo. Asimismo, la existencia de déficits educativos y problemas de acceso al mercado laboral caracterizarían a estos hogares.

No obstante, parece que las barreras para el acceso al mercado de trabajo, en lo forma de déficits de salud y educativos, que pudieron traducirse en términos de pobreza, se ven mitigados por una ayuda asistencial importante o través de pensiones no contributivas o de jubilación, así como de ayudas por invalidez, a las que cabe unir las ayudas procedentes de Cáritas.

Adicción: Estos hogares se localizan principalmente en poblaciones en zonas urbanas de más de 50.000 habitantes, aunque también han aparecido residuos significativos para el tramo rural de entre 5.000 a 10.000 habitantes. En todo caso, se trata de zonas donde parecen existir malos tratos, delincuencia y drogadicción, así como otros problemas que dan cuenta de ciertos niveles de desarticulación social.

En los hogares con más de un núcleo encontramos un pequeño pero significativo porcentaje de familias inmigrantes (2,3%), así como la existencia de hacinamiento, falta de equipamiento y de vivienda propia, aunque su rasgo más relevante es la fuerte presencia de personas con algún tipo de adicción, así como una preparación inferior con respecto a su grupo de edad.

Existen ciertos problemas en cuanto al acceso al mercado de trabajo, como muestran los residuos positivos en la tabla, aunque alrededor de una cuarta parte de estos hogares (el 24%) cuenta con un trabajador en activa. A ello se une que suelen recibir hasta tres ayudas públicas por hogar, sobre todo por invalidez.

La conjunción de cierto acceso al mercado laboral, por la existencia de un miembro ocupado, con el nivel de protección social con el que cuentan estos hogares, hace que sus problemas provengan en mayor medida de factores relacionados con la exclusión que de carencias en términos de renta.

Exclusión: Este grupo, localizado en mayor medida en zonas rurales que en zonas urbanas, en las que no parecen existir problemáticas sociales, contiene en su seno a familias numerosas (24.9%), en algunos casos monoparentales (8.3%), así como a familias gitanas (14.7%) y a familias cuyos miembros son inmigrantes (5.3%).

Presenta además una situación de carencia en lo práctica totalidad de los dimensiones consideradas. Así, vivienda y educación son dos áreas que alcanzan doble puntuación positiva en la mayoría de los indicadores. En el caso de la salud, aún no manifestándose un estado grave por parte de los entrevistados es común encontrar miembros con algún tipo de adicción principalmente el alcoholismo y la ludopatía.

La carencia económica que pudiera derivarse de su exclusión del mercado laboral, dada la fuerte presencia de miembros desempleados, se suaviza porque en cerca del 22% de los hogares algún miembro cobra subsidio de desempleo, fundamentalmente el PER, aunque, o excepción de ésta, no suelen acceder a otras ayudas públicas, a lo que se une que, por lo común, algún miembro de estos hogares no se beneficia de la seguridad social.

Toxicomanía: Este tipo de hogar suele encontrarse en núcleos urbanos de entre 50.000 o 500.000 habitantes, donde parecen existir graves problemas de desintegración social relacionados con el maltrato, la violencia física y la drogadicción.

Aun no siendo familias numerosas, en estos hogares suelen convivir dos núcleos (15.8%). A ello puede unirse que se trata de un subtipo en el que tienen cierta presencia las familias de etnia gitano (18.1%).

Como muestra la tabla 3, la totalidad de las dimensiones consideradas presenta puntuaciones positivas, si bien parece que los problemas de salud son los que mejor definen a este grupo. En este sentido, estos hogares soportan situaciones en las que algún miembro del hogar tiene mala o muy mala salud, padece algún tipo de discapacidad físico o psíquico o sufre problemas de alcohol o de ludopatía, aunque, sobre todo, presenta un alto porcentaje de hogares en los que existe un miembro toxicómano (40.9%). Asimismo, se trata de hogares en los que algún miembro no se beneficia del derecho a la seguridad social, siendo raro también el que reciba algún tipo de ayuda pública.

Marginación: Este grupo tiende a concentrarse en zonas rurales (de entre 5.000 y 10.000 habitantes), así como en poblaciones de entre 50.000 a 100.000 habitantes. En ambos casos, se trata de entornos en los que existen graves problemas como los malos tratos, la prostitución, toxicomanías, etc.

En cuanto a las características familiares, en estos hogares encontramos hasta tres núcleos. También es característico encontrar familias numerosas, monoparentales y una fuerte presencia de minoría gitana (25,3%). Estas familias, además de no poseer vivienda propia, soportan unas condiciones de habitabilidad deficientes (muy mal estado, hacinamiento y falta de equipamientos básicos).

Aun no declarando los entrevistados de este subtipo presentar problemas graves de salud, ni la existencia de discapacidades entre los miembros de sus hogares, es común la presencia de ludopatías y alcoholismo, aunque en menor medida que en otros subtipos ya comentados (alrededor del 9%).

En cuanto al mercado laboral y el capital humano o formación de los miembros de estos hogares, los resultados muestran un gran alejamiento con respecto al primero y serias deficiencias con respecto al segundo. A ello se une que son el subtipo en el que menor presencia tienen las ayudas públicas (alrededor del 40% no reciben ningún tipo de pensión o prestación), un conjunto de factores que pudiera explicar sus bajos niveles de renta, o lo que cabe añadir sus carencias en todos los demás factores que aquí han sido considerados rasgos que dan cuenta de la exclusión social.

A MODO DE CONCLUSIONES. UNA APROXIMACIÓN SINTÉTICA AL FENÓMENO Y ALGUNAS IMPLICACIONES

Los análisis previos vienen a señalar que, en su conjunto, las situaciones de exclusión social y pobreza aparecen como dimensiones que presentan una intrincada relación, porque, aun siendo la situación de vulnerabilidad la característica más común entre los hogares pobres andaluces (76.8%), los residuos ajustados muestran que las asociaciones más intensas se producen, o bien en las situaciones extremas (pobreza y exclusión), o bien en las situaciones menos graves (precariedad y vulnerabilidad), siendo más extrañas las situaciones en las que se combinan una posición más favorable con otra más desfavorable (precariedad y exclusión, o pobreza y vulnerabilidad).

De lo anterior se deriva que, en su conjunto, la información recabada muestra una clara tendencia desde situaciones extremas a las que son menos graves. Por ello, en una primera aproximación al fenómeno, podría argumentarse que esta tendencia da cuenta de lo que David Harvey denominó la renta o ingreso real de los hogares. Ésta es resultado de agregar la renta monetaria procedente del desempeño de una actividad laboral u otras vías y la accesibilidad de los hogares a diferentes bienes y servicios que puedan atenuar su situación de pobreza o exclusión, tales como los sistemas de protección pública o diversas redes de sociabilidad¹³.

En este sentido, y para obtener una visión sintética, aunque preliminar, del fenómeno, se ha determinado la distribución de los tipos en función de dos dimensiones clasificatorias que podemos considerar relevantes. En primer lugar, se ha delimitado una dimensión de carácter contextual, referida a las características del entorno: la presencia o ausencia de diversos problemas que dan cuenta de la desintegración social (riñas, malos tratos, prostitución, drogadicción, etc.). Con esta dimensión se pretende dar cuenta, aun-

que sea de forma indirecta, del capital social, disposición de los hogares; esto es, la existencia o no de un entorno integrado y favorable de desarrollo de redes de sociabilidad y ayuda mutua. Un factor contextual que, con independencia de los niveles de pobreza y exclusión de los propios hogares, puede dar cuenta de las posibilidades de integración social que ofrece el entorno más cercano¹⁴.

En segundo lugar, se han tomado aquellos factores que pudiéramos considerar como *inputs* de los hogares, considerando como tales el nivel de protección social de carácter público y el acceso al mercado laboral. En concreto, para el primer aspecto se han considerado dos indicadores: grado de cobertura de la seguridad social con el que cuentan los hogares y número medio de ayudas públicas por miembro. Respecto al segundo, el mercado laboral debe considerarse que puede dar cuenta de los ingresos entre los hogares con población activa, pero también del grado de exclusión entre los no activos, pues en nuestra sociedad el desempeño de un trabajo es un medio imprescindible de integración social. Debemos considerar por tanto que ambos aspectos pueden presentarse como complementarios y no en forma de sumatorio, pues estandarizando el efecto que puedan causar problemas específicos de exclusión, el acceso al mercado de trabajo limita la probabilidad de recibir ayudas públicas, como, por ejemplo, a través de los programas destinados a los desempleados, no teniendo por qué medir esta carencia un mayor grado de pobreza o exclusión. Y al contrario, pues un menor acceso al mercado laboral aumenta las probabilidades de recibir este tipo de ayudas, sin que ello atenúe la exclusión que se deriva del no desempeño de una actividad laboral.

En este sentido, los rasgos específicos de exclusión presentes en cada subtipo, señalados en el apartado anterior, pudieran considerarse como una tercera dimensión de carácter cualitativo, que, a efectos de su representación gráfica, quedan reflejados en los nombres o etiquetas asignados a cada uno de ellos. Esta dimensión daría cuenta de los rasgos o procesos de exclusión que afectan de manera concreta a cada hogar, con cierta independencia de los *inputs* que reciben y del entorno y redes de sociabilidad en los que se sitúan.

En suma, en los términos del marco interpretativo propuesto, los hogares con menores problemas en su entorno cercano, mayor acceso al mercado de trabajo y mayor nivel de protección social pueden considerarse los que poseen un mayor nivel de renta real, tanto en términos de pobreza como en términos de exclusión social. Aún más, los ejes establecidos podrían acercar nuestro análisis, aunque de forma rudimentaria, al esquema propuesto por Castel. Para este autor, la estabilidad en el acceso al mercado de trabajo y el nivel de protección social, derivado tanto de la sociabilidad como del contacto con los sistemas de protección social de carácter público, daría cuenta de la *integración social*, mientras que la *desafiliación*, término que propone en sustitución al de exclusión, daría cuenta de la situación opuesta. Por último, señala la posibilidad de que exista una zona intermedia entre ambas, caracterizada por la inestabilidad y la posibilidad y riesgo de cambio entre ambas, a la que denomina *vulnerabilidad* (Castel, 1995:13-16).

La ilustración 2 representa gráficamente la distribución de los subtipos atendiendo a los factores indicados y, por tanto, en atención a su renta real, tal y como es posible operacionalizarla en nuestro estudio¹⁵. Para facilitar su interpretación, en él se resaltan

en un mismo trazo los subtipos que pertenecen a cada tipo básico: normal para el tipo A, “precario y vulnerable”; cursivas para el tipo B, “pobre y vulnerable”; subrayado para el tipo C, “precario y excluido”, y negrillas para el tipo D, “pobre y excluido”.

La disposición de tipos y subtipos parece mostrar la existencia de la tendencia general ya apuntada. De hecho, ésta podría tomarse como una dimensión esencialmente cuantitativa que da cuenta de la cercanía o alejamiento de los hogares subtipos a la desafiliación, en los términos de Castel (1995), o bien de su volumen de renta real, por usar el concepto de Harvey (1989). Pero a su vez pueden distinguirse tres estadios o situaciones, puntos de corte que permiten cualificar la situación específica de cada hogar subtipo en función de los factores de exclusión que les afectan de una forma concreta, esto es, la tercera dimensión antes señalada.

Gráficamente, el incremento de la renta real y, por tanto, la disminución en la intensidad de las situaciones de pobreza y exclusión, puede apreciarse a través de la diagonal de la ilustración 2, de abajo hacia arriba y de izquierda a derecha. Esto es, desde las situaciones de marginación, en donde se acumulan diversos procesos de exclusión en hogares pobres, hasta los subtipos ancianos y vulnerables, que con mayores niveles de renta y en entornos más favorables presentan, o bien un alto nivel de protección social, o bien cierto acceso al mercado laboral.

Estos puntos, máximo y mínimo en la escala de renta real, darían cuenta pues de dos situaciones bien diferentes: una zona de baja vulnerabilidad y uno zona de desafiliación. Como se ha indicado, en la primera cabe incluir al subtipo vulnerable que, con un considerable nivel de acceso al mercado de trabajo y una amplia cobertura por parte de la Seguridad Social, no presenta graves problemas respecto a la pobreza y goza de un entorno en el que no parece existir graves problemas de desintegración social. Características similares son las de los ancianos, con la peculiaridad de que, en vez de desempeñar un trabajo, reciben ayudas públicas en forma de pensión o jubilación. Podría indicarse, pues, que se trata de hogares que, aun teniendo problemas de renta con respecto al conjunto de población, presentan niveles considerables de inclusión social entre el subconjunto de los hogares pobres, lejos de situaciones que puedan conducir a riesgos de desafiliación.

Caso opuesto es el de los subtipos marginados, aquéllos afectados por toxicomanías, o el de los excluidos, pues a los problemas de renta suman la acumulación de un elevado número de procesos de exclusión. De forma más concreta, la marginación aparece como una situación intermedia entre las otras dos: los excluidos poseen problemas similares a los hogares marginados, pero con mayores niveles de renta y en el marco de redes societarias de carácter comunitario en ámbitos rurales, lo que se manifiesta en que no hay problemas en su entorno. A ello debe sumarse el presentar menores problemas con relación a la recepción de subsidios por desempleo, un conjunto de factores que los sitúan en un mayor nivel de renta real, pero presentando una acumulación de problemas que los sitúan como hogares donde existe desafiliación.

En el otro extremo se encontrarían los hogares con problemas de toxicomanías, que además de las pautas comunes de los marginados, en cuanto a los niveles de renta y de

exclusión, presentan problemas graves de salud con relación a ese problema específico, en entornos de elevada desintegración social y en hábitats exclusivamente urbanos. En su conjunto, los tres subtipos dan cuenta de las *situaciones o zona de desafiliación*, ya sea por el extrañamiento con respecto al mercado laboral, por la accesibilidad a bienes y servicios en la forma de protección pública o por encontrarse establecidos en entornos con problemas de diversa índole, sobre todo, en el caso de los subtipos marginación y toxicomanía.

Ahora bien, entre estas dos zonas podría situarse un conjunto de hogares que, desde un punto de vista cuantitativo presentan un nivel de renta real intermedio o los anteriores, pero que, cualitativamente, poseen ciertos niveles y rasgos de exclusión que los sitúan en una *zona de alta vulnerabilidad*. Se trata de hogares que sufren un problema específico de exclusión o de pobreza y que, sin llegar al nivel de acumulación que presentan los desafiados, presentan riesgos específicos de caer en esa zona de faltar al menos una de las dimensiones o factores que dan cuenta de la renta real, del acceso al mercado laboral y del apoyo social O redes de sociabilidad.

En este sentido, los subtipos discapacidad y adicción aunque poseen un mayor nivel de *inputs*, materializado en la forma de ayudas públicas o de acceso al mercado laboral respectivamente, son hogares en los que la presencia de problemas en el entorno los hace susceptibles de formar parte de la zona de desafiliación. Sus miembros cuentan con un entorno poco favorable a la promoción de la integración social, pues, aunque sufren un solo proceso específico de exclusión y poseen una mejor situación económica que los desafiados, desarrollan su vida en un entorno igual de desfavorable que el de estos últimos, en donde los problemas presentes son un indicador del escaso nivel de capital social en la forma de redes de sociabilidad, confianza y ayuda mutua.

Diferente es el caso de los hogares pobres o aquéllos en los que un miembro sufre una enfermedad, pues sin presentar problemas en el entorno y, por tanto, con mayor acceso a redes de sociabilidad (mayor capital social), encuentran ciertas barreras para integrarse en la zona de baja vulnerabilidad, fundamentalmente por la falta de acceso al mercado laboral o por no contar con una protección social suficiente para elevarse a aquella situación. De hecho, pudiera indicarse que su inestabilidad, en cuanto al acceso al mercado laboral, supone un riesgo evidente de que estos hogares pueden sufrir procesos de desafiliación o, al menos, de pobreza muy extrema.

Ilustración 2. RENTA REAL, VULNERABILIDAD Y DESAFILIACIÓN ENTRE LOS HOGARES POBRES DE ANDALUCÍA. UNA APROXIMACIÓN SINTÉTICA

De lo anterior se deriva que pobreza y exclusión son dos dimensiones que, aunque independientes, presentan intrincadas asociaciones y efectos acumulativos en las dos dimensiones dan cuenta (y permiten conocer) del grado en que los hogares se sitúan más cerca o más lejos de la integración social, una dimensión cuantitativa y continua en la forma de efectos acumulativos. Pero la acción específica de cada una de ellas, ya sea pobreza, ya sea exclusión, pone de manifiesto la existencia de situaciones específicas de riesgo en donde, tanto el acceso al mercado laboral, como la protección social derivada de la acción pública a de redes de sociabilidad, parecen mostrarse como factores rele-

vantes.

De forma más concreta, cabría pensar que la tendencia general daría cuenta del acceso de los hogares a los bienes o situaciones que tradicionalmente se han considerado imprescindibles para el desarrollo de la “buena vida”, tales como el empleo, la vivienda, la educación o la salud en general. En este sentido cabe observar las diferencias entre vulnerables y ancianos, en situaciones de “cuasi-integración”, en la zona alta, y marginados y excluidos, como típicas situaciones de desafiliación, en la zona baja. Entre ellos se diferencian diversas situaciones según el grado en que se ven afectadas por problemas específicos, ya sea la adicción, la discapacidad, la enfermedad grave o crónica o las toxicomanías. Como situaciones de riesgo, la acumulación de éstos con otros factores podría implicar desafiliación (exclusión o marginación); su ausencia y vulnerabilidad, e incluso un considerable grado de inclusión social (por ejemplo, ancianos sin problemas de salud o vulnerables sin problemas de empleo).

Por otra parte, de lo anteriormente expuesto, podemos extraer algunas consideraciones respecto al diseño de las políticas de bienestar, en cuanto al modo de producción y provisión de servicios. Si la tendencia general descrita parece remitirnos a las tradicionales políticas sociales de carácter universalista (salud, vivienda, empleo...), las situaciones o puntos de corte se refieren a un conjunto de nuevas o emergentes demandas de carácter focalizado y específico que requerirían, pues, diferentes modelos de provisión de servicios.

Frente a los rasgos comunes o las primeras, provisión a través de modelos de corte burocrático y desde agencias gubernamentales centrales o, cada vez en mayor medida, autonómicas, o las segundas, quizás, les debería corresponder modelos de producción flexible, postburocráticos y residenciados en agencias gubernamentales, o niveles de gobierno más cercanos a las demandas (la ciudadanía) para asegurar con ello un mejor conocimiento de éstas y uno más rápida y adecuada respuesta. De hecho, ésta parece ser la tendencia que viene produciéndose en los países occidentales, ya sea mediante el aumento en las competencias específicas de los gobiernos locales, ya sea a través de lo acción del denominado tercer sector¹⁶.

De lo anterior pudiera derivarse pues que la actual discusión sobre la reforma del estado del bienestar y el desarrollo de pluralismo o lo sociedad del bienestar debería centrarse, sobre todo, en la atención que debe prestarse a estas nuevas demandas, pues son los que reclaman una mejora en lo eficacia de la actuación pública desde el lado de la flexibilidad, la focalización y la cercanía, sin obviar la universalidad de aquellas políticas sociales que han sido básicos para garantizar una mejora considerable de la calidad de vida de la población en su conjunto. Obviamente, ello pasa por realizar un análisis riguroso de la demanda y de las situaciones de pobreza y exclusión, objeto principal de la propuesta presentada en este artículo.

TABLAS E ILUSTRACIONES

Tabla 1 TIPOLOGÍA DE POBREZA Y EXCLUSIÓN: TIPOS BÁSICOS.
Porcentaje sobre el total de la muestra

		EXCLUSIÓN		Total
		EXCLUSIÓN	VULNERABILIDAD	
POBREZA	<i>PRECARIEDAD</i> (Pobreza leve)	A) PRECARIOS Y EXCLUIDOS 11,0% (-9,1)	C) PRECARIOS Y VULNERABLES 49,9% (9,1)	60,9%
	<i>POBREZA</i> (Pobreza severa)	B) POBRES Y EXCLUIDOS 12,2% (9,1)	D) POBRES Y VULNERABLES 26,9% (-9,1)	39,1%
Total		23,2%	76,8%	100,0%

Tabla 2 TIPOLOGÍA DE POBREZA Y EXCLUSIÓN: SUBTIPOS.
Porcentaje sobre el total de la muestra

		EXCLUSIÓN	
		EXCLUSIÓN	VULNERABILIDAD
POBREZA	<i>PRECARIEDAD</i> (Pobreza leve)	C1. Discapacitados: 4.2%	A1. Ancianos: 9.6%
		C2. Adictos: 3.2%	A2. Vulnerables: 40.3%
		C3. Excluidos: 3.6%	
<i>POBREZA</i> (Pobreza severa)	D1. Toxicómanos: 4.1%	B1. Enfermos: 2.4%	
	D2. Marginados: 8.1%	B2. Pobres: 24.5%	

Tabla 3 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUBTIPOS PARA DIFERENTES EXCLUSIONES DE DIMENSIÓN SOCIAL.

DIMENSIONES E INDICADORES	SUBTIPOS DE HOGARES POBRES Y EXCLUIDOS									
	ANCIANO	VULNERABLE	ENFERMO	POBREZA	DISCAPACIT	ADICCIÓN	EXCLUSIÓN	TOXICOMANIA	MARGINACIÓN	
	Rural y Urb.	Rural	Rural	Urbano	Rural y Urb.	Rural y Urb.	Rural	Urbano	Rural y Urbano	
Tamaño	-	-	-	++	++	++	-	++	++	
Probab. Entorno (1)	-	-	-	++	++	++	-	++	++	
I. HABITAT										
II. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES										
Niños	1	2	1	2	2	2	-	2	2 o 3	
F. ruidosa	-	-	-	-	-	-	+	-	+	
F. monoparental	-	-	-	+	-	-	+	-	+	
F. minoría étnica	-	-	-	-	-	-	+	+	+	
F. inmigrantes	-	-	-	-	+	-	+	-	-	
III. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA										
Sin viv. Propia	-	-	-	+	-	-	+	+	+	
Mál. muy estado	-	++	-	-	-	-	++	+	++	
Pañales equips.	+	-	-	-	+	-	++	+	++	
Hacinamiento	-	-	-	-	+	-	+	+	+	
IV. MERCADO LABORAL										
Sin subsidio(2)	-	-	++	++	++	+	-	++	++	
Intensidad desempleo (3)	-	+/-	++	++	+	+	++	++	++	
V. EDUCACIÓN										
Baja preparación (4)	-	--	+	+/-	+	++	++	+	++	
Analfabetismo	++	-	++	-	+	-	++	++	++	
Niñi sin escolarizar	-	-	+	-	-	+	+	+	+	
VI. SALUD										
Mala, muy mala	+	-	++	-	++	+	-	++	-	
Discapacitado	-	-	+	-	+	+	+	+	-	
Alcoholismo	-	-	-	-	+	+	+	+	+	
Drogadicción	-	-	-	-	+	+	+	+	+	
Ludopatía	-	-	-	-	+	+	+	+	+	

	ANCIANO	VULNERABLE	ENFERMO	POBREZA	DISCAPAC.	ADICTO	EXCLUSIÓN	TOXICOMANÍA	MARGINACIÓN
	VII. NIVEL DE PROTECCIÓN SOCIAL								
Con S.S.	+	+	+	+	+	+	-	-	-
Nº avs. Públicas	1	1	3	0 o 1	3	3	1	1	0
Intensidad ayuda	++	+	+	-	++	+	-	--	++
<i>Tipos de ayudas públicas</i>									
Jubilación	+				+				
No contributiva	+		+	+	+			+	+
Vivienda	+	+					+		
Orfandad									
Invalidez			+		+	+		+	
Hijo minusválido			+						
Desempleo		+					+		+
PER					+				+
Av. Familiar					+			+	+
Señero Social					+				
Ayuda local							+		+
Ayudas de Iglesia	-	-			+		+		+
<i>Tipos de ayudas privadas</i>									
Cáritas				+	+		+	+	+
Parroquia				+					
Otras				+					

Leyenda: La tabla se ha construido teniendo en cuenta los residuos ajustado significativos, en concreto residuos ajustados a partir de (-/+) 1.9. Las puntuaciones negativas indican la existencia de asociación negativa entre la variable y el subtipo de que se trate. Las puntuaciones positivas indican la existencia de asociación. El recuadro en blanco indica que no se ha podido determinar la existencia o no de esta asociación.

(1) Los problemas en el entorno que se contemplan, y se suman, son: malos tratos a mujeres y niños, riñas, violencia física, robos y atracos, consumo de drogas y prostitución.

(2) Este indicador da cuenta de la existencia o no de miembros del hogar en activo que se encuentren desempleados sin recibir subsidio.

(3) Este indicador da cuenta de la existencia o no de miembros del hogar en activo que se encuentren desempleados o realizando alguna actividad temporal y sin vínculo contractual.

(4) La baja preparación indica la existencia en el hogar de miembros con una preparación inferior a la (5) media de su grupo de edad.

(5) Este indicador se ha calculado a partir de las puntuaciones medias obtenidas de dividir el número de ayudas por el número de miembros del hogar.

Ilustración 1. EL PROCESO DE ANÁLISIS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA TIPOLOGÍA DE HOGARES POBRES Y EXCLUIDOS EN ANDALUCÍA

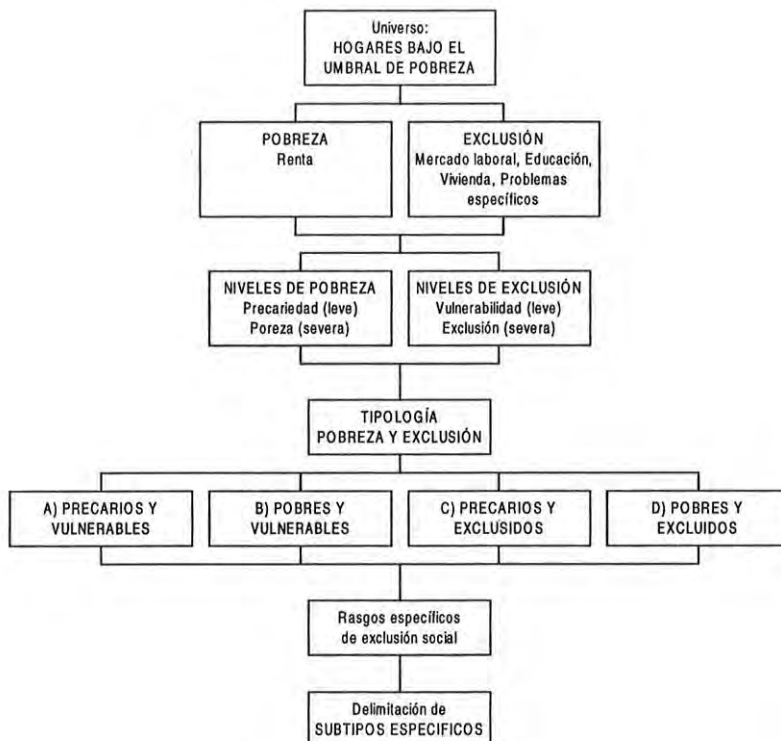
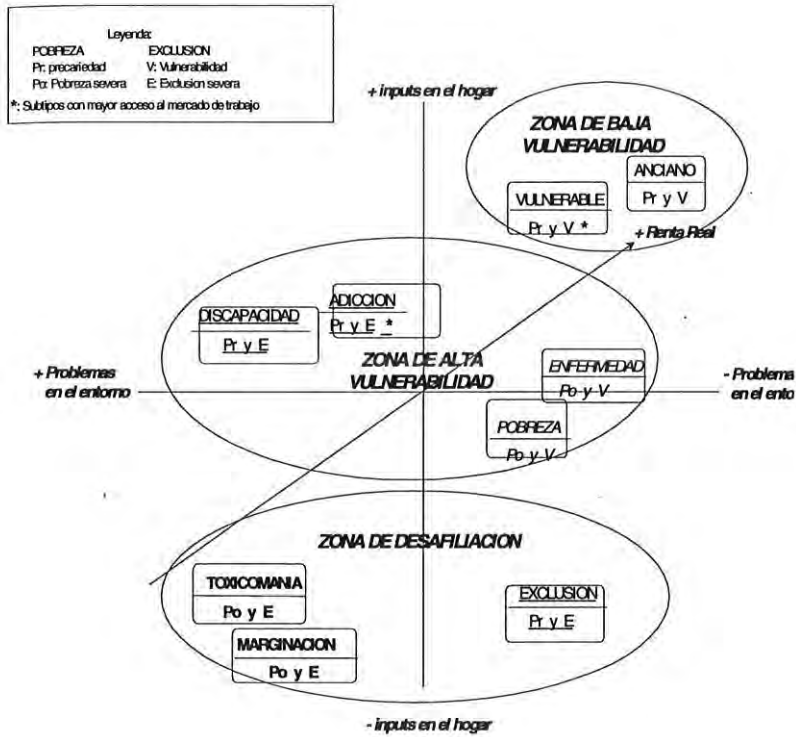


Ilustración 2. RENTA REAL, VULNERABILIDAD Y DESAFILIACIÓN ENTRE LOS HOGARES POBRES DE ANDALUCÍA. UNA APROXIMACIÓN SINTÉTICA.



NOTAS

1.- Una versión más breve de este artículo fue presentada por Antonia Ramírez como comunicación en la Escuela de Verano de la Consejería de Asuntos Sociales celebrada en la Universidad Pablo de Olavide Sevilla (Septiembre 1999), habiéndose nutrido, pues, de las aportaciones que allí fueron realizadas.

2.- Hemos de agradecer los comentarios y sugerencias realizadas a la primera versión de este artículo por Manuel Pérez Yruela, director del IESA de Andalucía e investigador principal del proyecto que sobre pobreza y exclusión realiza este centro.

3.- Otro análisis de estos datos puede consultarse en Pérez (1999).

4.- Para el cálculo de los ingresos medios equivalentes se ha utilizado como escala de equivalencia la denominada “escala Oxford”.

5.- Para analizar la desigualdad, y más en general, la calidad de vida, suelen utilizarse dos enfoques. Uno objetivo, en el que se definen las condiciones mínimas que garantizan una buena vida, construyendo posteriormente indicadores descriptivos. Otro subjetivo, en el que se tiene en cuenta la percepción subjetiva que los propios sujetos poseen de su calidad de vida. En Aguiar (1996) puede encontrarse una exposición sintética de ambos enfoques. En Navarro y Pérez (1999, 1999) un análisis sobre la calidad de vida en Andalucía, en donde se tienen en cuenta ambas perspectivas.

6.- A grandes rasgos, los indicadores se corresponden con diversas preguntas de la Encuesta EDIS. En otros casos se han construido indicadores derivados de varias preguntas.

7.- En adelante debe tenerse en cuenta que se trata de porcentajes sobre la muestra, esto es, hogares pobres según el nivel de pobreza regional, no sobre el total de la población andaluza.

8.- Los residuos ajustados miden el nivel de asociación existente entre las categorías de dos variables en una tabla de contingencia. Cuando la asociación es significativa en términos estadísticos, esto es, cuando se da tanto en la muestra como en la población, el valor del residuo es igual o mayor que 1,96 para un nivel de confianza del 95%. Para su mejor comprensión, los residuos pueden interpretarse en términos de probabilidad de asociación. Así, un residuo positivo indica que es muy probable que exista una relación entre las categorías y que ésta sea significativa, y que, además, cuanto mayor sea el valor absoluto del residuo, mayor la asociación. El signo negativo indica que la existencia de asociación es muy poco probable, reduciéndose esta probabilidad en la misma medida en que aumenta su valor absoluto. Valores menores de 1,96 ó -1,96 indican que no existe relación significativa entre categorías.

9.- Además de los residuos ajustados se han utilizado otros indicadores para medir esta asociación, tal y como las diferencias de proporciones o el Chi cuadrado; produciendo resultados similares a los comentados.

10.- Además de los residuos ajustados se han utilizado otros indicadores para medir esta asociación, tal y como las diferencias de proporciones o el Chi cuadrado; produciendo

do resultados similares a los comentados.

11.- Los porcentajes que aparecen en este u otro subtipo calculan teniendo en cuenta el total de hogares de cada subtipo.

12.- Existe una discusión de fondo en torno a ubicar las poblaciones de entre 50.000 a 100.000 habitantes en zona rural o urbana, ya que contienen características propias de ambas zonas. Poblaciones de este tamaño serían, entre otras: El Puerto de Santa María, Motril, Linares, Marbella o Alcalá de Guadaíra.

13.- Harvey, después de discutir acerca de los ingresos monetarios señala que “también debería quedar patente que el poder sobre los recursos escasos de una sociedad no puede ser determinado sin tener en cuenta la accesibilidad y el precio de dichos recursos” (1989: 49-50). Evidentemente, aquí se hace un uso laxo e intuitivo del concepto, pues no se cuentan con datos sobre algunos de los factores a incluir en su medición. Aún así, creemos que puede ser un referente conceptual por el que procurar entender el fenómeno.

14.- Sobre la importancia del capital social para el desarrollo personal y comunitario, en la forma de redes de sociabilidad, ayuda y confianza mutua, puede consultarse el análisis que presenta Paxton (1999: 91-104).

15.- Debe tenerse en cuenta que la colocación de los tipos en los ejes no viene determinada exclusivamente por los valores matemáticamente exactos que presentan para cada uno de ellos, sino más bien en una valoración global de esto en el marco de la información total recabada para cada tipo, tal y como ha sido expuesta en el apartado anterior.

16.- Para una visión general del asunto puede consultarse Burrows y Looder, 1994; Gomà (1996) para la Unión Europea; Osborne y Goebler (1994) para los Estados Unidos; Navarro (1998 : cap. 4) para los municipios de las democracias occidentales; o Batley (1991) para los municipios europeos. Sobre la diferencia entre modelos burocráticos y post-burocráticos en la provisión de servicios se remite a Blackman (1995).

BIBLIOGRAFÍA

- Aguior, F. (1996): “Teorías de las necesidades: una tipología” en *Revista Internacional de Sociología*, nº 13, pp. 135-146.
- Batley, R. (1991): “Comparisons and Lessans”, en Batley, R. Staker, G. (eds.): *Local Government in Europe. Trends an developments*, Londres, MacMillam, pp. 210-230.
- Blackman, T. (1995): *Urban policy in proctice*, Londor Routledge.
- Burows, R. y Loader, B. (eds.)(1994): *Towards a post-fordist welfare state?*, London, Routledge.
- Castel, R. (1995): *Les métamorphoses de la question sociale. Une croniche du salariat*, París, Fayard.
- Dahrendorf, R. (1983): *Oportunidades vitales. Notas para una teoría social y política*, Madrid, Espasa-Calpe.
- Deleeck, H. y Van den Bosch, K. (1990): “Dimensión de la pobreza en un contexto comparativo: evidencia empírica y evaluación metodológica de cuatro umbrales de pobreza en siete países de la Comunidad Europea”, en *Cuadernos de Acción Social*, nº 24, 76-107.
- EDIS (1 998): *Las condiciones de vida de lo población pobre de lo provincia de Sevilla*, Madrid, Fundación FOESSA.
- Giménez, C. (1998): “Exclusión social”, en Giner, S. et al. (eds.): *Diccionario de sociología*, Madrid, Alianza, pág. 285.
- Gomà, R. (1996): “La reestructuración de los sistemas de bienestar en Europa”, en *Revista Internacional de Sociología*, nº15, pp. 95-120.
- Harvey, D. (1989): *Urbanismo y desigualdad social*, Madrid Siglo XXI.
- Navarro, C.J. (1988): *El nuevo localismo, Municipio y democracia en la sociedad global*, Córdoba, Diputación de Córdoba.
- Navarro, C. J. y Pérez, M. (1999): “Calidad de vida y cambio social en Andalucía”, en Pérez, M. y Moyano, E. (coord.): *Informe Social de Andalucía. Dos décadas de cambio social (1979-1999)*, Córdoba, IESA de Andalucía, pp. 49 1-498.
- Navarro, C. y Pérez, M. (1 999a): *Calidad de vida, cultura política y cambio social en Andalucía. De la polarización social a la polarización axiológica*, Documento de Trabajo del IESA de Andalucía/CSIC.
- Osborne, D. y Gaebler, T. (1994): *La reinención del gobierno*, Barcelona, Paidós.
- Pérez, S. (1999): *Las condiciones de vida de la población pobre en Andalucía. Informe General*, Madrid, Cáritas.
- Paxton, P. (1999): “Is Social Capital Declining in the United States?”, en *American Journal of Sociology*, vol. 105, nº 1, pp. 88- 127.
- Pérez-Díaz, V. et al. (1998): *Familia y sistema de bienestar*, Madrid, Visor.

V Premio Científico

Año 2001

1.- La situación del Trabajo Social en la Unión Europea.

Adela Barranco Fernández
Ángela Cruz Jabalera
Ángeles Fábrega Pérez-Hita
Antonio M. Jiménez Sánchez
Carmen García Rodríguez
Concha Acuña Oliva
Esther de J. Puertas Rodríguez
María Luz Almuedo Bermúdez

2.- Atención integral a víctimas de violencia doméstica desde atención primaria de salud.

María Luisa Martín Carretero
Francisca Muñoz Cobos

La Situación del Trabajo Social en la Unión Europea

**Adela Barranco Fernández
Ángela Cruz Jabalera
Ángeles Fábrega Pérez-Hita
Antonio M. Jiménez Sánchez
Carmen García Rodríguez
Concha Acuña Oliva
Esther de J. Puertas Rodríguez
María Luz Almuedo Bermúdez**

Resumen

El presente artículo recoge el contenido de uno de los trabajos de grupo que sobre el tema ‘la situación del Trabajo Social en la Unión Europea’ sus autores elaboraron durante su participación como alumnos en el Curso de Experto en Recursos Socia/es Europeos y Nuevas Tecnologías, organizado por el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga, durante el pasado año 1999.

En primer lugar, se aborda el escenario sociopolítico e institucional que determina el ejercicio del Trabajo Social en Europa, no sin antes repasar, muy brevemente, la situación de la Disciplina y su evolución en España, como punto de partida necesario para comprender el posible y necesario desarrollo internacional de la profesión.

En el contexto de la internacionalización, la formación de los trabajadores sociales reviste una importancia capital, de ahí que, seguidamente, se preste especial atención no sólo a la situación académica del Trabajo Social en España, sino que ésta se estudie, con carácter comparativo, con relación al nivel formativo que reciben los trabajadores sociales en el resto de la Unión Europea. A su vez, se presta particular atención a los pronunciamientos que, en este sentido, han realizado diversos organismos internacionales.

En el nuevo contexto de la Unión, la movilidad de los profesionales resulta una cualidad del nuevo mercado de trabajo, ¿Estamos los trabadores sociales formados en España capacitados para afrontar ese reto? Tendremos ocasión de conocer lo que disponen diversas disposiciones normativas emitidas al efecto.

Finalmente, conoceremos cómo nuestros entes corporativos han organizado la profesión en el marco internacional y, fundamentalmente, europeo, y cuáles son sus principales aportaciones ante la nueva situación socioeconómica que caracteriza la Europa sin fronteras.

1. Introducción:

La Unión Europea pretende establecer entre sus Estados miembros una cohesión cada vez más estrecha, garantizando el progreso económico y social. Para ello se ha propuesto el ejercicio de una acción común que incida en el refuerzo del desarrollo armonioso de sus economías, reduciendo la divergencia entre las distintas regiones y el retraso de las menos favorecidas. En este intento ha desarrollado una con frecuencia titubeante política social, orientada a la mejora de las condiciones de vida y, específicamente, del empleo.

Durante muchos años, la política social comunitaria se mantuvo en estado de hibernación; habrá que esperar a los años setenta, calificados por algunos como “*la edad de oro de la política social comunitaria*” y en concreto al año 1974, para poder hablar del establecimiento del primer programa de acción social centrado, principalmente, en el trabajo y en la igualdad de trato entre hombres y mujeres. Desde entonces y no sin superar diferentes fases ligadas a la propia evolución del mercado europeo sin fronteras, la política social ha iniciado una tal vez demasiado lenta andadura.

En las décadas de los años 30 y 40, en los países de Europa Occidental la profesión de Trabajo Social continuó su desarrollo, entre otras razones, impulsada por la progresiva implantación del Estado de Bienestar. Es obvio que la U.E. está jugando un papel importante en la evolución del Trabajo Social a nivel profesional en Europa. Pero es el mismo ritmo que revoluciona los mercados europeos, el que afecta por igual las condiciones de vida de determinados sectores poblacionales. La aceleración económica determina que un número importante de quienes no son capaces de adaptarse a las nuevas circunstancias que impone una dinámica social en permanente mutación, adquiera inevitablemente la condición de asistidos, y entren, de alguna manera, en contacto con los profesionales del Trabajo Social.

El Comité de Ministros del Consejo de Europa (Resolución 16/ 76) define el Trabajo Social como “*actividad profesional específica, que tiende a favorecer una mejor adaptación de las personas, familias y grupos en el medio social en que viven, desarrollando el sentido de dignidad y de responsabilidad de los individuos, haciendo una llamada a la capacidad de las personas, a las relaciones interpersonales y a los recursos de la comunidad*”.

El reconocimiento del Trabajo Social por parte de diversos organismos europeos discurre de forma paralela a su progresiva consolidación disciplinar en el ámbito de las ciencias sociales. El mundo académico ha reconocido este hecho dotándolo del estatus universitario. El Trabajo Social, desde su marco teórico distintivo, supone una práctica técnica de intervención, sustentada en un proceso metodológico y científico, que hace que desde su consideración de disciplina se apoye en su consideración de profesión para aportar conocimientos y cambios en la realidad que generen a su vez, nuevos servicios, recursos y estrategias de intervención.

2. EL Ejercicio de La profesión: Evolución y situación actual del Trabajo Social en España. El Marco europeo e internacional del Trabajo Social

El Trabajo Social nace a finales del siglo pasado en EE.UU. como una práctica social con una doble finalidad: a) práctica de intervención dirigida a dar ayuda a las personas, familias, grupos y colectivos que se encuentran en situación de conflicto o necesidad; y b) actividad política con la finalidad de modificar las condiciones de vida (legales, de vivienda, de trabajo) de los grupos más desfavorecidos de la población. Todo ello sobre la base de unos criterios de valor, orientados hacia un ideal de consecución de una sociedad más justa, más democrática y más solidaria.

Un breve recorrido histórico del Trabajo Social en España durante los últimos 30 años permite distinguir diversos momentos. Durante la década de los 70, el Trabajo Social se caracteriza en un principio por promover la participación y la autoorganización en los barrios urbanos, a partir de un profundo conocimiento de la dinámica de los grupos sociales. A finales de este mismo periodo y coincidiendo con la implantación del modelo de bienestar social, los trabajadores sociales, participan activamente en la nueva responsabilidad pública de atención social, educativa y sanitaria que se les otorga, a través, fundamentalmente, de la creación y articulación de la red de Servicios Sociales.

Será a principios de los 80 y coincidiendo con la integración en la Universidad española, cuando el Trabajo Social logre una posición central en la configuración definitiva de los nuevos Servicios Sociales. Este será el origen de una larga relación –por cierto colmada de afinidades y por qué no decirlo, también de conflictos- entre la disciplina y la red pública de atención a las necesidades sociales.

A finales de la década de los 80 el Trabajo Social experimenta un cierto receso debido, por un lado, a la creciente burocratización de los servicios en que se emplea y su directa repercusión en la rutinización de las tareas; de otro por una creciente demanda difícil de satisfacer a través de unas frágiles estructuras de bienestar y que terminan por generar un espíritu de frustración y fracaso entre no pocos trabajadores sociales. La manifestación de estos síntomas de *burn out*, se expresa en una cierta incapacidad para el desarrollo de nuevos espacios profesionales y para encontrar satisfacción en el ejercicio profesional.

A principios de los 90 y como consecuencia de la demanda de expansión sobre el sector público, se introduce el discurso en torno a la necesidad de privatización y delegación de funciones al sector no lucrativo y mercantil. Esta posición, fuertemente cuestionada por determinados sectores del colectivo profesional, no impide sin embargo una redefinición del modelo de protección social, caracterizado por un avance progresivo de nuevas fórmulas empresariales en el sector de lo social. Esta etapa inaugura una reformulación de los espacios profesionales del Trabajo Social en España y de su papel en las nuevas agencias institucionales.

Ya en las postrimerías de los 90, parece vislumbrarse un nuevo crecimiento profesional del Trabajo Social, entendido por algunos como el momento de su consolidación definitiva. Tres estrategias han estado presentes en este proceso de reconstrucción y consolidación final: la primera de **autoafirmación** apoyada principalmente en la concien-

cia de creación del Sistema Público de Servicios Sociales; la segunda, de **desarrollo**, a partir de la creación de infraestructuras y equipamientos en Servicios Sociales; finalmente, una tercera, y la que actualmente nos ocupa, de **vertebración**, que sitúa a los Servicios Sociales dentro del ámbito de las políticas de bienestar social.

Las dos primeras estrategias se caracterizan por una lógica de servicios en el abordaje de las situaciones sociales. La estrategia de vertebración, por su parte, se desarrolla en torno a una nueva lógica de abordaje: **la lógica de proyectos**, que surge como respuesta a la insatisfacción del servicio y también por la entrada de la aplicación desde los servicios sociales de los dispositivos de Rentas Mínimas. Éstos van a facilitar la aparición de nuevos espacios en Trabajo Social. El proyecto aparece como emergente del incremento de capacidades y destrezas técnicas y como vía alternativa para la operacionalización de nuevas comprensiones en torno al Trabajo Social.

El Trabajo Social en la perspectiva del siglo XXI enfrenta múltiples exigencias. Entre las más relevantes destacan aquellas que están ligadas a la globalización y a las mutaciones socioeconómicas de nuestro país, a la transformación del paisaje institucional engendrado por la evolución de las políticas sociales y por la construcción europea.

Nuestro contexto social, económico, tecnológico y cultural presenta características nuevas. Los impactos de la globalización y del cambio tecnológico provocan una mayor flexibilización de mercados laborales, creando nuevas formas de exclusión social que se añaden a aquellas ya existentes, generadas en cualquier tipo de sociedad. Ello plantea nuevos y mayores retos en la formación de los trabajadores sociales.

La evolución de las políticas sociales y de los derechos sociales se encuentra en un momento en el que la ciudadanía reclama una efectividad real de los derechos reconocidos. Conseguir estos derechos sociales supone un capital histórico acumulado que no debería perderse. Su efectiva protección se base en una redefinición del trabajo y la ocupación y en la consiguiente consolidación como verdaderos derechos de ciudadanía. Frente a determinadas situaciones de vulnerabilidad, se hace precisa una intervención intencionada y fundamentada para que la ciudadanía se haga presente en todos los miembros de la sociedad.

En este nuevo contexto de transnacionalización económica y cambios internos en las estructuras sociales del mercado de trabajo, existe una dimensión de las necesidades donde no accede la política social o donde no logra la eficacia pretendida. Ante esta nueva reforma del contrato social basada en un cambio de las relaciones entre el mercado, el Estado y la sociedad civil, el Trabajo Social puede tener un papel proactivo. Puede aportar elementos para reorientar las acciones dirigidas a ayudar a los individuos y a los núcleos de convivencia, a conocer y valorar su pleno potencial humano y a vivir una vida digna promoviendo la independencia económica por medio del trabajo; esto es, construyendo una sociedad fuerte y articulada en la que derechos y responsabilidades discurren paralelos. La implicación de los trabajadores sociales puede y debe contribuir a la expansión de tales derechos y deberes. Esta evolución de los derechos sociales y del nuevo contrato social repercute directamente en la formación para el Trabajo Social.

En esta línea, destacable lo que Elena Peláez (1990), que ha sido Presidenta del Comi-

té de Enlace de los Trabajadores Sociales de la C.E., manifiesta en relación a la situación del Trabajo Social en el ámbito de la Comunidad Internacional y de la U.E.:

“Estamos ahora en un mundo y en un a Europa muy diferentes de los que existían hace un siglo, cuando nació el Trabajo Social para dar una respuesta profesional a la situación de las personas en estado de necesidad”.

Nuestro tiempo se caracteriza por una llamada “globalización” económico-social-cultural. La interdependencia entre todos los países no tiene precedentes; en el marco de un ideal común de paz, de desarrollo social y de puesta en práctica de los derechos fundamentales, los derechos de la libertad y los derechos de la igualdad, son reflejados y asumidos como un compromiso de los Estados en grandes Tratados Internacionales.

Continúa la autora preguntándose: **El Trabajo Social, ¿Una Actividad Transnacional?:**

“En la 22ª Conferencia Internacional de Bienestar Social, en 1984, Herman Stein citaba, a un distinguido historiador que sugería que el siglo XX no se recordaría como una época de conflictos políticos o de inventos técnicos, sino como un época en que la sociedad humana se atrevió a pensar en el bienestar de toda la raza humana como objetivo factible. Stein consideraba que esto era un concepto nuevo e inspirador, digno de nuestra energía y de nuestro compromiso”.

A propósito del papel transnacional que puede desarrollar el Trabajo Social, conviene tener en cuenta que en el Código Deontológico del Trabajador Social (que contiene unas normas internacionales comunes, asumidas hoy por los Trabajadores Sociales de cincuenta y dos países), adoptado por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, en 1976 se dice: *“El Trabajo Social tiene su origen en diversos ideales y filosofías humanísticas, religiosas y democráticas y tiene **aplicación universal** para resolver las necesidades humanas...”*.

En esta misma dirección, la definición del Trabajo Social adoptada por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, en 1982, para su inclusión en las Definiciones de la Oficina Internacional de Trabajo se dice que: *“Los Trabajadores Sociales profesionales se dedican a promover el bienestar de los seres humanos y a potenciar su realización, así como a desarrollar y aplicar sistemáticamente el conocimiento científico de las actividades humanas societales y los servicios sociales destinados a satisfacer las necesidades y aspiraciones de individuos y grupos **a nivel nacional e internacional**, teniendo siempre en cuenta la necesidad de promover políticas sociales... Los Trabajadores Sociales se guían en su trabajo por un **Código Internacional de ética** y por **declaraciones internacionales de política social”**.*

El Trabajo Social en tanto que actividad profesional de los trabajadores sociales, se caracteriza por tener un cuerpo de conocimiento, una aplicación de estos conocimientos, un código deontológico, una organización de profesionales y un reconocimiento público y legal.

El marco transnacional en que se desarrolla actualmente el Trabajo Social se apoya en la **Declaración Universal de Derechos Humanos** de 1948, en cuyo articulado (artº. 22 y 25), se define un conjunto de derechos sociales. Junto a ésta, existen otros tratados y

declaraciones de ámbito internacional en que se amplían y precisan los derechos enunciados en esta Declaración. Entre los fundamentales se encuentran:

- **El Pacto Internacional de Naciones Unidas de derechos Civiles y Políticos**, con una obligación absoluta e inmediata para los Estados signatarios de respetarlo.
- **El Pacto Internacional de Naciones Unidad de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, con obligación para los Estados signatarios de tomar medidas para su protección.
- **El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales**, dotado de mecanismos de control que permiten el recurso, incluso individual, ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en caso de violación de derechos civiles y políticos en un Estado miembro.
- **La Carta Social Europea**, en la que los Estados signatarios reconocen como objetivos de su política el establecimiento de medidas adecuadas para que los derechos económicos, sociales y culturales puedan hacerse realidad. El sistema de control internacional de su aplicación por los Estados signatarios, consiste en la presentación de informes bienales sobre el progreso de las medidas adoptadas para otorgar efectividad a los derechos reconocidos. Al contrario que el Convenio Europeo, la Carta carece de los mecanismos precisos que garantice al ciudadano la exigencia jurídica de sus derechos.
- **El Tratado de Roma** ya propugna entre sus objetivos generales la mejora de las condiciones de vida y de trabajo de los ciudadanos europeos. Resalta la dimensión social además de la económica, si bien es preciso reconocer que no siempre este objetivo ha sido capaz de concretarse en la práctica legislativa. A ello no ha sido ajenas las reticencias de los Estados miembros hacia una política social común que pudiera entrar en conflicto con las políticas nacionales.
- **El Acta Única**, que impulsada por Jacques Delors como presidente de la Comisión Europea, inaugura una nueva fase caracterizada por la más seria preocupación por el espacio social y su coexistencia con los fines económicos.
- **El Tratado de Maastricht** no innova la política social, antes bien, refuerza las líneas trazadas hasta la fecha: creación de empleo y la lucha contra el paro, otorgando un mayor protagonismo a los interlocutores sociales. La Comunidad se ha venido manifestando en repetidas ocasiones a favor de acciones dentro del marco de la subsidiariedad. Con ello no pretende sino evitar una política que suponga la duplicidad de acciones y evite la sustitución de la responsabilidad de las administraciones (nacionales, regionales o locales) en el ejercicio de las competencias que le son propias. Esta es la razón por la que se ha articulado una gran colaboración- especialmente en el aspecto financiero- en la gestión de Programas que se desarrollan desde los diferentes niveles administrativos.
- **El Tratado de Ámsterdam** mantiene el proceso de avance en la conceptualización social del espacio europeo, Se trata, sin embargo, de una línea que aunque renovada, continua resultando poco ambiciosa. En ello influye el condicionante histórico de la

difícil compatibilidad entre muchos de los sistemas de protección de los países miembros y el nuevo mapa político que pretende implantarse. Por este motivo algunas voces proponen el establecimiento de ciertos criterios mínimos comunes (de semejante definición a los criterios económicos de convergencia) que hagan avanzar a los Estados que ofrecen menores niveles de cobertura en los sistemas de protección y acción social.

Al margen de la normativa y compromisos internacionales que delimitan jurídicamente el ejercicio del Trabajo Social, la disciplina ha sido capaz de generar en su seno y con carácter corporativo una marco organizacional regulador de a profesión en el ámbito supranacional. Por su importancia destacamos las siguientes:

- En 1928 se crea la **Conferencia Internacional de Escuelas de Trabajo Social**, origen del **Consejo Internacional de Bienestar social**.
- En este mismo año se crea la **Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social** con el propósito de profundizar en la formación de los profesionales y de homogeneizar los contenidos curriculares.
- También en 1928 se crea el **Secretariado Internacional Permanente de Trabajadores Sociales**, transformándose en el año 1956 en la **Federación Internacional de Trabajadores Sociales (F.I.T.S.)**.

3. Formación

3.1. EVOLUCIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL

Trabajo social es una disciplina científica social aplicada que se constituye en fundamento teórico y metodológico para el ejercicio de la profesión de trabajador social. Su objeto hay que situarlo, con carácter general, en el ámbito de la protección de los derechos sociales y, más particularmente, en los sistemas sociales vinculados a proteger y promover el bienestar social de los ciudadanos.

En este sentido podemos comprobar cómo lo que hoy consideramos objeto del Trabajo Social ha despertado el interés de hombres y sociedades desde tiempos remotos, no siendo hasta el siglo XIX y coincidiendo con el nacimiento de las ciencias humanas, el momento en que aparece una preocupación por la utilización de criterios de racionalidad, apertura, objetividad, crítica, etc., en el ejercicio de las tareas de conocimiento e intervención propias de la disciplina. No es casualidad que el Trabajo Social surja al tiempo que aparece la posibilidad de hacer ciencia sobre lo social, es decir, de aplicar métodos científicos cuando se tiene por objeto lo humano y lo social.

El Trabajo Social pretende la transformación de una realidad social determinada a través de un método científico propio, con el objetivo de modificarla y a fin de dar respuesta a las necesidades humanas en el marco social. Utiliza un método de conocimiento-acción propio que es, en esencia, una aplicación del método científico al tipo específico de problemas de la realidad que constituye su objeto.

El Trabajo Social es una disciplina que tiene como objetivo no sólo el conocimiento,

sino que está orientada a la acción. Así, en el proceso científico, el Trabajo Social persigue objetivos cognitivos (conocer y explicar) y objetivos utilitarios (prever y actuar). Para ello, emprende el estudio científico de los fenómenos que pretende abordar y del entorno en que estos se producen, formulando y contrastando hipótesis que permitan la explicación de los mismos.

La interpretación de la realidad permite la formulación de hipótesis proyectivas que se materializan en planes, programas y proyectos dirigidos a la transformación de las situaciones objeto de trabajo; todo ello y debido al carácter experimental de esta disciplina, debidamente controlado y evaluado tanto en su proceso como en los resultados y efectos indirectos. El Trabajo Social dispone para sus cometidos de un cuerpo teórico propio, científicamente contrastado, que es enriquecido continuamente por un proceso acumulativo, rico y dinámico, extraído de la práctica social.

El Trabajo Social como profesión apareció en la Europa Occidental y en los Estados Unidos de América en las últimas décadas del siglo pasado, resultado de la evolución de diversos movimientos filantrópicos. Los primeros cursos de Trabajo Social se organizaron en Nueva York en 1898, adscritos a la Universidad. En los años siguientes, aquellos cursos evolucionaron hacia la creación de la primera escuela de Trabajo Social de América, que en la actualidad lleva el nombre de *Columbia University School of Social Work*. Mas tarde se establecieron programas de Trabajo Social en las Universidades de Boston, Chicago, Filadelfia, así como en Canadá, hasta un total de veinte programas existentes en 1918.

En Europa, la primera escuela de Trabajo Social fue fundada en Amsterdam en 1899. Después de la Primera Guerra Mundial tiene lugar la expansión de la profesión como consecuencia del desarrollo de los sistemas públicos de acción social que requerían de profesionales cualificados para desarrollar la intervención asistencial. En las décadas de los años 30 y 40, en muchos países de Europa occidental, el ejercicio profesional del Trabajo Social continuó su desarrollo, entre otras razones, motivado por la progresiva implantación del Estado de Bienestar.

Desde los orígenes de la profesión, han sido muchos los organismos internacionales que han subrayado la necesidad de reforzar su componente académico. Por citar sólo los principales haremos mención a:

- **La Carta Social Europea** - ya aludida anteriormente - aprobada por el **Consejo de Europa** en 1961 y ratificada por nuestro país en 1980, reconoce el destacado papel del Trabajo Social en los Servicios Sociales, al señalar en artículo 14.1 el derecho de todos los ciudadanos de los Estados miembros a beneficiarse de los servicios sociales definiéndolos como *“servicios que, utilizando métodos Trabajo Social, contribuyen al bienestar y al desarrollo los individuos y de los grupos en la comunidad y su adaptación al entorno social”*
- En 1974 y en la misma línea de lo señalado en la Carta Social Europea, los Delegados del Comité de Ministros del Consejo de Europa adoptaron **la Resolución 67/16 sobre el papel, formación y estatuto de los Trabajadores Sociales/Asistentes Sociales**, que vino a reforzar posición y la cualificación de los profesionales del Trabajo Social.

- Bajo los auspicios de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales fue creado en el año 1975 el **Comité de Enlace de Trabajadores Sociales en la Comunidad Europea** (actualmente Unión Europea) que, entre otros documentos, ha elaborado recomendaciones para la Comisión de la Comunidad Europea en relación con políticas sociales sectoriales y la libre circulación de trabajadores sociales en los países miembros. En cuanto a la formación de los profesionales del Trabajo Social, el Comité de Enlace ha presentado ante la Comisión el **Informe comparativo de los sistemas de formación en Europa** en el que, entre otras recomendaciones, recoge la de “...modificar el currículum en profundidad, potenciando las materias específicas y ampliando, como mínimo, la duración de los estudios a cuatro años”.

- En relación directa con la formación de los trabajadores sociales, conviene destacar asimismo la **Consulta Interregional sobre políticas y programas de Bienestar Social**, que celebró Naciones Unidas en 1987 y en la que, representantes de 91 países, aprobaron unos **Principios Normativos** sobre estrategias y programas de Bienestar Social. En el apartado 60 del documento se señala que “...debe darse gran prioridad a la educación de los Asistentes Sociales/Trabajadores Sociales, a la capacitación del personal encargado del Bienestar Social...”.

- En 1989 y como oportunamente nos recuerda Natividad de la Red (1997), la Comisión de las Comunidades Europeas publica un **Informe sobre la Situación de la Formación para el Trabajo Social** en los doce países miembros que formaban parte de la Comunidad Europea en aquel momento. En este documento se señala que “desde 1980 existe una tendencia a elevar el nivel de la educación para el Trabajo Social en la mayor parte de países...”, así mismo destaca “...la ampliación del área de intervención del Trabajo Social y el progresivamente más alto grado de responsabilidad que va cayendo en los Trabajadores Sociales” y, como consecuencia de ello, entre sus ocho recomendaciones básicas, señala que “es necesario aumentar la duración de la formación por lo menos a cuatro años”.

Según información facilitada por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, en la casi totalidad de los llamados países de la Europa del Este, así como en los países europeos que formaron parte de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, se está creando o restableciendo la formación para el Trabajo Social y las asociaciones de trabajadores sociales, con la única excepción de la antigua Yugoslavia donde nunca se interrumpieron los estudios de Trabajo Social.

En cuanto a los países de la U.E., existen informes y documentos que analizan comparativamente los objetivos y la formación del Trabajador Social. Es el caso del *Informe de la Comisión de las Comunidades Europeas sobre la Situación de la Formación para el Trabajo Social* (1989) de los doce países que formaban entonces la U.E. Una vez comparados los contenidos comparativos de los distintos países europeos, el núcleo básico de los programas curriculares ofrece importantes similitudes razón que permite apoyar la idea de que la formación se ha gestado, en todos los países, en similares circunstancias históricas.

Natividad de la Red(1998), en su primera ponencia “la formación para el Trabajo Social

en el área de conocimiento”, presentada en el I Congreso de Escuelas de Trabajo Social celebrado en Málaga, hace un recorrido por la situación en la que se encuentra la formación del trabajo social en los países europeos.

PAIS	TITULO	DURACIÓN	REQUISITOS ADMISION FORMACIÓN SUPERIOR	DURACIÓN	TITULACIÓN	DOCTORADO
Austria	Diploma-Trabajador Social	3 años	-	-	No	No
Bélgica	Diploma de Estado -Asistente Social	3 años	Diploma de estado	2 años	Licenciado	No
Suiza	Diploma - Trabajador Social	3 años	Diploma, Licenciatura	2 años	Certificado	Si
Alemania	Diploma - Trabajador Social y/o Pedagogo Social	3/4años	-	-	-	-
Dinamarca	Consejero Social	3/3,5años	Diploma 5 años	1 año	No	No
España	Diplomado en Trabajo Social	3 años	-	-	No	No
Francia	Diploma de Estado	3 años	Diplo. de Estado Diplomado Univ. Licenciado	600 horas 2 años 1 año	Dipldo. Sup. Licenciado Mâtrise	No
Gran Bretaña	Licenciado o Master en Trabajo Social	4 años	Licenciado, 1 año Entrevista	1 año	Master	Si
Grecia	Licenciado en Trabajo Social (<i>Previsto ampliar hasta 4 años de duración</i>)	3.5 años	-	-	No	No

PAIS	TITULO	DURACIÓN	REQUISITOS ADMISION FORMACIÓN SUPERIOR	DURACIÓN	TITULACIÓN	DOCTO-RADO
Italia	Diploma Universitario de Servicio social (<i>Recién aprobada licenciatura de 5 años</i>)	3 años	-	-	No	No
Irlanda	Licenciado/Master en Ciencias Sociales. Diploma en Trabajo Social	3/4 años	Licenciatura, 1 año entrevista	1-2 años	Master	Si
Islandia	Consejero Social	4 años	-	-	No	No
Luxemburgo	Diploma de Estado, Asistente Social	4 años	-	-	No	No
Noruega	Trabajador Social	3 años	Diploma 1 año	2,5 años	Master	No
Holanda	Diploma - Estudios superiores varias áreas	4 años	-	-	-	No
Portugal	Licenciado en Servicio Social	5 años	-	-	-	Si
Suecia	Trabajador Social	3,5 años	-	-	No	Si
Finlandia	Asuntos Sociales	4 años	Diploma	3 años	Licenciado	Si
Turquia	Diploma	4 años	Diploma	2 años	Master	Si

3.2. LA FORMACIÓN EN TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA

Siguiendo las reflexiones de Ma. Teresa Mira-Perceval (1997) en su artículo «*La Formación para el Trabajo Social en España*», podemos afirmar con ella que la formación universitaria se orienta a preparar profesionales de manera que respondan a las necesidades que la sociedad tiene de los mismos. Para lealmente a los cambios sociales, debe evaluarse si la formación que están recibiendo los futuros profesionales resulta la más adecuada a las nuevas exigencias.

En la elaboración de los planes de estudios y en las sucesivas reformas de los mismos, el referente fundamental viene constituido por el **perfil profesional**, fruto de un estudio técnico de necesidades. Los planes de estudio de las diversas titulaciones elaborados a partir de directrices generales propias, deben tener el máximo de características comunes para todas las Universidades, respetando por supuesto las diferencias y peculiaridades de cada territorio.

Mira-Perceval realiza un análisis de los contenidos de la Diplomatura, prácticas profesionales, Licenciatura y Doctorado que nos parece particularmente interesante:

En el caso del **Plan de Estudios de Trabajo Social**, las directrices generales propias (según el Real Decreto 1431/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Trabajo Social) señalan, en calidad de troncales, las siguientes materias (y áreas de conocimiento con capacidad para impartirlas, ordenadas de mayor o menor en función del número de créditos que se les asignan):

- Trabajo Social (53 créditos)
- Servicios Sociales (16 créditos)
- Psicología (13 créditos)
- Sociología y Antropología Social (13 créditos)
- Derecho (8 créditos)
- Política social (6 créditos)
- Métodos y técnicas de investigación social I (4 créditos)
- Salud pública y trabajo social (4 créditos)

En relación con las **prácticas profesionales**, la Universidad española ha estado poco habituada a la tradicional organización de la formación práctica de los trabajadores sociales. Este tipo de enseñanza se ha desarrollado a partir de la colaboración de centros e instituciones sociales que integran en sus programas de acción los contenidos prácticos de que deben dotarse los futuros profesionales. Esta modalidad de aprendizaje requiere de orientaciones a los alumnos, seguimiento específico personalizado y coordinación con los centros de prácticas, fundamentalmente.

Las exigencias que para el profesorado impone la formación práctica, determinan la carga docente de los Departamentos y las posibilidades de contratación de profesorado suficiente para asumirla. Tal circunstancia no ha impedido que en la actualidad, en

muchas Escuelas, el profesorado de Trabajo Social se haya resistido a renunciar a la realización de un seguimiento no masificado de los alumnos en prácticas; y aun cuando el seguimiento individual haya resultado un proyecto inviable, se haya optado, por contra, a favor de una supervisión en pequeño grupo. En este sentido los modelos organizativos varían de unas Escuelas a otras.

Una de las más aireadas reivindicaciones formativas del colectivo de trabajadores sociales es el acceso al grado universitario de **Licenciatura**. Entre los motivos: reconocimiento social, reconocimiento administrativo - con sus consecuentes repercusiones laborales y salariales - y, fundamentalmente, mejora y perfeccionamiento académico.

En el acceso a la Licenciatura en Trabajo social se barajan tres opciones estratégicas:

1. Licenciatura en Trabajo Social y Servicios Sociales con supresión del actual título de Diplomado.
2. Licenciatura en Trabajo Social y Servicios Sociales, manteniendo el actual título después del tercer año y con acceso exclusivo para los Diplomados en Trabajo Social.
3. Licenciatura de segundo ciclo con acceso directo desde la Diplomatura de Trabajo Social y con créditos complementarios desde otros primeros ciclos de carreras universitarias con las que hubiera reciprocidad.

Entre todas ellas, la que goza de mayor viabilidad parece ser la última de las referidas.

El dotar al Trabajo Social de un mayor estatus y reconocimiento académico dentro de la comunidad universitaria constituye hoy un reto común y compartido por los trabajadores sociales. Esta demanda discurre de forma paralela a la ampliación de las posibilidades formativas e investigadoras, de ahí que en la actualidad nos encontremos en pleno proceso de creación y reivindicación de la Licenciatura en Trabajo Social.

Con este propósito, se creó una comisión bipartita integrada por las Escuelas de Trabajo Social de España y por los Colegios Profesionales de Trabajo Social. Dicha Comisión ha sido la encargada de elaborar un documento de fundamentación de la licenciatura de segundo ciclo (5 años). Debatido en el mes de octubre de este año e introducidas las enmiendas correspondientes que habían planteado las Asambleas del Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y las Escuelas Universitarias de Trabajo Social de España, ha sido aprobado y remitido al Consejo de Universidades.

Una vez en posesión del Vº Bº del Consejo de Universidades, será remitido al Gobierno de la Nación, que a su vez procederá a remitirlo al Parlamento para su debate y aprobación definitiva.

¡Permanecemos a la espera!

4. MOVILIDAD Y CONVALIDACIONES

4.1. LA LIBRE CIRCULACIÓN DE TRABAJADORES

Desde que entró en vigor el **Tratado de Roma**, los legisladores europeos han tenido siempre presente en sus disposiciones la intención de dotarlas de un contenido que favorezca **la libre circulación de los asalariados, la libertad de establecimiento de las profesiones liberales y la libre prestación de servicios**. El 21 de diciembre de 1988 se aprobó una directiva por la que se establece un sistema de reconocimiento mutuo de los diplomas de enseñanza superior, que se aplica a estudios universitarios de una duración mínima de tres años.

También el **Tratado de la Unión Europea** fija nuevas políticas comunes de ciudadanía europea y de seguridad interior, confiriendo un carácter solemne al primer derecho del ciudadano europeo: “*poder circular, trabajar y residir en todo el ámbito de la Unión*”.

El **Libro Blanco** (1985) de la Comisión decide completar la construcción del Mercado Interior. Entre el diseño de sus aspectos legislativos delimitó las cuatro libertades fundamentales, que a través de diversas disposiciones queda plasmado en el Acta Única Europea, en donde se detalla específicamente, entre otros sectores, el de supresión de los obstáculos técnicos (libre ejercicio de las actividades profesionales y equivalencia de las formaciones) y físicos (controles en las fronteras) a la libre circulación de las personas.

El **Acuerdo de Schengen**, firmado en 1985 por Alemania, Bélgica, Francia, Luxemburgo y Países Bajos, suprime progresivamente los controles fronterizos comunes, estableciendo la libre circulación de personas, ciudadanos de Estados signatarios, de los demás Estados o de terceros países, dando lugar a un *espacio sin fronteras*. En junio de 1990, estos cinco Estados firman el **Convenio de Schengen**, que establece las condiciones de aplicación de la libre circulación, y al que se unen progresivamente el resto de los países de la U. E.

Posteriormente, la Comisión adopta medidas para favorecer la movilidad por medio del reconocimiento de títulos o cualificaciones para los oficios, dando lugar a la negociación del **Tratado de Ámsterdam** (2 de octubre de 1997). Éste fuerza los ámbitos de la libre circulación de trabajadores, la libertad de establecimiento y la libertad de prestación de servicios.

Los derechos que en esta línea se reconocen a los trabajadores son los siguientes:

- Desplazamiento a otro país en busca de empleo u ocupación laboral efectiva.
- Respuesta a ofertas de empleo que interesen a países demandantes.
- Residencia en el país de trabajo, o en el que se mantenga la búsqueda activa de empleo.
- Permanencia en el país tras haber ocupado un empleo.

La libre circulación de trabajadores se aplica a las siguientes actividades profesionales:

- Trabajo asalariado o por cuenta ajena.

- Trabajo independiente o por cuenta propia.
- Prestación de servicios profesionales.

En lo que a la **educación y formación** se refiere es posible constatar un avance significativo: la creación de programas para el fomento de la movilidad y la inserción en la vida comunitaria de los más jóvenes. Es el caso de *Erasmus* (movilidad de los estudiantes universitarios), *Comett* (cooperación universidad -empresa), *Lingua* (conocimiento de lenguas extranjeras), a través de los cuales se oferta a los más jóvenes la posibilidad de disfrutar de becas o ayuda económicas para el estudio en otras comunidades de la Unión. También los programas *Sócrates*, *Leonardo da Vinci* y *Juventud con Europa III*, avanzan en esa dirección. El *Servicio Voluntario Europeo* permite, asimismo, la participación de los jóvenes europeos en proyectos de utilidad social en un Estado miembro distinto al suyo.

4.2. EL MARCO LEGISLATIVO EN MATERIA DE MOVILIDAD Y CONVALIDACIONES DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN LA UNIÓN EUROPEA

La materialización del mercado único, viene provocando una serie de cambios en las políticas migratorias en relación con la Unión Europea que pueden estudiarse desde tres frentes distintos (Alonso Oláiz, 1991):

- Políticas muy restrictivas para los trabajadores de países en desarrollo (norte- africanos latinoamericanos y ciudadanos procedentes de la Europa del Este, fundamentalmente).
- Ausencia de impedimentos con grandes facilidades para su empleabilidad laboral y residencia para los ciudadanos procedentes del primer mundo (Norteamérica, Japón y Australia).
- Libertad de circulación para los trabajadores intercomunitarios.

Será de estos últimos de los que aquí nos ocupemos.

Uno de los primeros retos de la Unión Europea fue procurar la movilidad funcional y geográfica de la ciudadanía europea más allá de las fronteras de sus estados nacionales. Este propósito se regulariza jurídicamente en el año 1989 con la Directiva del Consejo de las Comunidades Europeas (**Directiva 89/48 C.E.E.**, D.O.C.E. de 21 de enero) relativa a un sistema general de reconocimiento de los títulos de enseñanza superior que sancionan las formaciones profesionales de una duración mínima de 3 años.

La directiva define lo que se entiende por título, profesión regulada y experiencia profesional, a la vez que establece la posibilidad de que los países miembros impongan una prueba de aptitud o un período de prácticas al profesional móvil.

La Directiva obliga a los Estados miembro a adoptar medidas para el cumplimiento de la misma en un plazo de dos años. Este mandato ha sido llevado a cabo por el Estado español mediante la aprobación del **Real Decreto 1665/1991, de 21 de octubre** (B.O.E. núm. 280, de 22 de noviembre).

El citado Real Decreto recoge las directrices básicas de la Directiva Comunitaria y en

concreto, se ocupa de los siguientes aspectos:

1°. Clasifica las profesiones reguladas en España en cinco sectores:

- Jurídico
- Sanitario
- Técnico y de Ciencias Experimentales
- Cultural
- Varios

En este último es donde se encuadra la Diplomatura en Trabajo Social.

2°. Especifica también los Ministerios con que se relacionan los títulos que dan acceso a las profesiones reguladas y a los que corresponde la relación con las distintas profesiones en el ámbito de las competencias de la Administración del Estado. El Trabajo Social queda adscrito al Ministerio de Asuntos Sociales.

3°. El reconocimiento de títulos en España para una profesión regulada se aplicará a los títulos obtenidos en los Estados miembros que faculten para ejercer en ellos la misma profesión. En el caso de que el Estado miembro expida títulos acreditativos pero no regule la profesión, únicamente se reconocerá el derecho al ejercicio profesional cuando el solicitante haya ejercido a tiempo completo durante la profesión durante dos años en curso de los diez anteriores, en uno de los Estados miembros.

4°. En los casos de profesiones en que la formación recibida comprenda materias sustancialmente diferentes o que alguna o varias de las actividades profesionales en España sean distintas, tendrán que someterse a una prueba de aptitud o realizar un período de prácticas a elección del solicitante.

5°. La verificación de los diplomas, certificados y otros títulos expedidos a nacionales de los Estados miembros de la Comunidad que se correspondan con los de títulos expedidos en España y que permitan el acceso a las profesiones reguladas en nuestro país se efectuará por el Ministerio respectivo con el que se relacionen los títulos. En el caso de los Diplomados en Trabajo Social, el Ministerio de Educación y Ciencia.

6°. El Decreto no se aplicará a las profesiones que hayan sido objeto de una directiva que establezca entre los Estados miembros el reconocimiento mutuo de los títulos. Este no es el caso de la Diplomatura en Trabajo Social.

En referencia explícita al **Trabajo Social**, es importante advertir dos cuestiones principales:

A) El título de la profesión de Trabajador Social en España cumple los requisitos de la Directiva Europea 89/48. Esto implica que, en principio, no existen problemas para el reconocimiento europeo del título español ni para el ejercicio profesional en cualquiera de los países de la Unión. Sin embargo ello supone un importante reto a la vez que una importante ampliación de posibilidades para el Trabajo Social español. El ejercicio profesional en países comunitarios no sólo conlleva la necesidad de familiarizarse con una len-

gua extranjera y el engranaje administrativo-institucional donde pretenda ejercerse - sin citar por obvias, las habilidades personales, recursos y conocimientos necesarios - , sino también el dotarse de la sensibilidad y las actitudes necesarias para conocer y entender diferentes culturas y formas de relación dentro y fuera del propio país y de los países comunitarios.

A fin de poder dar cumplimiento a los retos planteados por la nueva situación transnacional, el Comité de Enlace de Trabajadores Sociales en la Comunidad Europea y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social se reunieron en un Seminario celebrado sobre el tema en el año 1990, donde consensuaron, entre otras, las siguientes propuestas (Peláez, 1990):

- *“Proseguir los esfuerzos hacia una mayor armonización interna de las formaciones en los países en 105 que todavía existen niveles y fórmulas de enseñanza muy diversos.*
- *Estimular a los estudiantes a practicar un segundo idioma (por lo menos). El conocimiento del idioma debe ser Profundo y extenderse a una buena comprensión del contexto sociocultural en el que se encuentra el trabajador social profesional.*
- *Estimular los cursillos en otros países durante el curso la formación. (Desarrollo de los programas de intercambio Erasmus).*
- *Elaborar proyectos para intercambio de profesionales, especialmente por sectores de actividades.*
- *Desarrollar los cursos que tratan de los Derechos Fundamentales y en Derecho Internacional (al menos en los aspectos que conciernen directamente a los trabajadores sociales).*
- *Profundizar en la información sobre las instituciones europeas y su funcionamiento. (Parece claro que estas materias están insuficientemente desarrolladas en los actuales planes de estudio).*
- *Previendo que los contactos entre Servicios Sociales de distintos países van a desarrollarse, dar formación sobre los sistemas sociales de todos los países comunitarios.*
- *Dar mayor importancia a la formación ética. Hacer que se conozca mejor el Código Deontológico Internacional, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los pactos y convenios que derivan de ella. La referencia a la ética profesional constituye una garantía para salvaguardar los derechos de las partes y un llamamiento a la responsabilidad”.*

B) El Estado español ha regulado el reconocimiento de los títulos de trabajadores sociales europeos para su ejercicio profesional en España mediante la Orden de 28 de marzo de 1995 por la que se desarrolla el Real Decreto 1665/1991, de 25 de octubre, por el que se regula el sistema general de reconocimiento de títulos de Enseñanza Superior de Estados Miembros de la Comunidad Europea, que exigen formación mínima de tres años, en lo que afecta a la profesión de Diplomado/a en Trabajo Social.

Por su importancia, reproducimos a modo de anexo una síntesis del texto legal que la contiene (ver apéndice).

5. ORGANIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES SOCIALES:

5.1 FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES (F.I. T.S.)

Es la Organización que representa mundialmente al colectivo. Reúne a trabajadores sociales profesionales de todo el mundo, representando a 61 países con más de 435.000 miembros.

Fue fundada en el año 1956 en la reunión de la Conferencia Internacional de Acción Social en Munich (Alemania). El Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social de España es miembro de pleno derecho de la F.I.T.S.; se integra en la rama Europea de la organización.

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC), el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), la Organización Educativa, Científica y Cultural de las Naciones Unidas (UNESCO) y el Consejo de Europa, han concedido a la **Federación Internacional de Trabajadores Sociales, el estatuto de Organismo consultivo**. Asimismo, la FITS integra la **lista especial de Organizaciones No Gubernamentales de la Organización Internacional del trabajo (O.I.T.)**. Goza asimismo de representación ante **Amnistía Internacional**.

La F.I.T.S. fomenta el Trabajo Social como profesión a través de la colaboración internacional, apoya a las asociaciones nacionales, facilita contactos entre los trabajadores sociales de todo el mundo y establece relaciones con las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales. **Se preocupa principalmente por los temas de los derechos humanos y la ética en el trabajo Social.**

En julio de 1994, la Asamblea de la F.I.T.S. aprueba el documento sobre **La Ética en Trabajo Social. Principios y Criterios**. Este documento es la culminación de un largo debate llevado a cabo en el seno de este organismo con el fin de integrar el **Código Internacional de Ética Profesional para el Trabajo Social**, (aprobado por la Asamblea General de la FITS en Puerto Rico, el 10 de julio de 1976) y la **Propuesta de Declaración sobre los Principios Éticos del Trabajo Social** presentada en 1990 por algunas asociaciones nacionales a la Asamblea General de la F.I.T.S., reunida en Buenos Aires. Su Objetivo era actualizar el Código y fomentar los principios comunes y universales para el Trabajo Social, de modo que permitiesen orientar el tratamiento de los problemas éticos en el ejercicio de la profesión. La integración de ambos documentos ha sido el resultado final del largo proceso de debate, mantenido desde finales de los 80 por los representantes de las asociaciones nacionales de trabajadores sociales.

El documento resultante expone los **principios éticos básicos del Trabajo Social**. Entre ellos se incluye el respeto a los derechos reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, a la vez que se recomiendan procedimientos para aquellas situaciones en las que se enfrentan dilemas éticos.

5.2. F.I. T.S. EUROPA:

Se le denomina Región Europea de la F.I.T.S. Está compuesta por asociaciones profe-

sionales de treinta países europeos.

Entre otros cometidos, F.I.T.S. Europa colabora con **Amnistía Internacional** y tiene establecido un **Comité de Enlace de Trabajadores Sociales en la Unión Europea**. Este Comité, integra en la Dirección General V de la Comisión Europea, competente en las áreas de Asuntos Laborales, Educación y Asuntos Sociales. Asimismo, F.I.T.S. Europa colabora con el **Consejo de Europa**.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social de España está integrado en esta rama de la F.I.T.S.

Existe una larga tradición de colaboración entre la Dirección General V de la Comisión Europea y el Comité de Enlace de la F.I.T.S.-U.E. La F.I.T.S. ha contribuido a desarrollar un mayor entendimiento de la situación social en su totalidad dentro de C.E.U.E., habiendo examinado cuestiones de gran importancia a través de reuniones y seminarios que incluyen a menudo personal de la Comisión.

Uno de los proyectos más relevantes que ha llevado a cabo F.I.T.S. Europea es el denominado **Exclusión Social y Trabajo Social en Europa. Facilitando la inclusión**.

El Proyecto, subvencionado por la Dirección General V de Comisión Europea, se desarrolló durante los años 96 y 97 Fue trabajado y discutido por el *Grupo del Proyecto*, integrado por la Presidenta de la F.I.T.S.. Europa, la Presidenta y el Secretario del Comité de Enlace dos trabajadores sociales expertos Y representantes de los tres países anfitriones de los seminarios, entre los que se encontraba España. Como destinatarios de las acciones se designaron a la propia Comisión, al sector político y al colectivo de trabajadores sociales. Tal vez por ello no sorprenda que en una de sus principales conclusiones el informe-resumen del Proyecto asevere con toda contundencia:

“Siempre y cuando la política económica de la U. E. no se desarrolle en el contexto de una política social global, influenciará de forma negativa la política social local”.

Recientemente, se ha celebrado en junio de 1999 un seminario de la F.I.T.S. Europa organizado en torno a dos núcleos temáticos principales: **“El Trabajo Social profesional. Promoviendo la economía”** y **“Una sociedad humana para todos. El Bienestar”**. El objetivo del seminario ha sido *“encontrar la forma mediante la cual el Trabajo Social pueda jugar una parte activa en 105 cambios sociales y económicos, y de este modo ayudar a construir una sociedad humana para todos”*. Bajo este objetivo se trataron temas como la economía de libre mercado y sus repercusiones sobre el bienestar, el debate en torno a los modelos de bienestar en Europa, etc.

Existe un Programa para que trabajadores sociales a título individual, agencias, corporaciones, etc. puedan adscribirse a la F.I.T.S., denominado **“FRIENDS OF I.F.S.W.” (AMIGOS DE LA F.I.T.S.)**.

Las Escuelas Universitarias de Trabajo Social están a su vez organizadas a través de la Asociación Europea para las Escuelas de Trabajo Social (**E.A.S.S.W.**).

5.3 ORGANIZACIONES PROFESIONALES EN ESPAÑA:

Paralelamente al lanzamiento de las primeras promociones de trabajadores sociales formados en las Escuelas de Trabajo Social de Madrid y Barcelona, se crearon las dos asociaciones pioneras de asistentes sociales en España. Su objetivo esencial era la defensa y el reconocimiento de la profesión.

Posteriormente, en mayo de 1967, se constituyó la **Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales (F.E.D.A.A.S.)** con sede en Madrid, que agrupaba a un total de dieciocho asociaciones profesionales radicadas en distintas provincias españolas.

La Ley 10/1982, de 13 de abril, creó los **Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales y su Consejo General**, como corporaciones de Derecho Público (B.O. E. de 26 de abril). En su desarrollo, la Orden Ministerial de 26 de julio de 1982 (B.O. E. de 11 de agosto), permitió la aprobación de los Estatutos Generales provisionales de los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. Los nuevos Estatutos del Consejo serían aprobados por su Asamblea General en el pasado año 99. A día de hoy y una vez realizadas las modificaciones pertinentes por el Consejo de Estado, se encuentran pendientes de publicación en el Boletín Oficial del Estado.

En Andalucía la Ley 6/1995, de 29 de diciembre, creó los **Consejos Andaluces de Colegios Profesionales**. Es la Orden, de 14 de junio de 1999 la que declara la adecuación a la legalidad de los **Estatutos del Consejo Andaluz de Colegios de Diplomados en Trabajo Social**. El 1 de julio del año 2000 tomó posesión la primera Junta de Gobierno de este Consejo.

La Comunidad Autónoma Andaluza cuenta en la actualidad, con **ocho Colegios** distribuidos en cada una de las provincias todos ellos dotados de plena autonomía y capacidad de autogobierno de acuerdo a sus propios Estatutos o, en su defecto, a los Estatutos Generales.

Desde su inicio, los Colegios profesionales han sido y son un elemento fundamental en la evolución y desarrollo del Trabajo Social. Son instrumentos aglutinadores y canalizadores de las necesidades que ha ido demandando la profesión. Su acción constituye un impulso y apoyo tanto a la formación y al reciclaje de los propios colegiados, como a la defensa del ejercicio profesional, aspecto este último poderosamente acrecentado en las últimas décadas.

6. MARCO PARA UNA ACCIÓN SOCIAL EUROPEA: ¿UNA CRECIENTE CRISIS SOCIAL? LA PROPUESTA DE LOS TRABAJADORES SOCIALES

El aumento de la pobreza, la creciente proporción de persona sin esperanza de trabajo, el aumento del desequilibrio entre los sectores sociales, la evidencia del creciente racismo y conflicto dentro de la comunidad..., son signos de alarma para los líderes europeos. Al mismo tiempo, los criterios de convergencia planteados desde Maastricht parecen exigir todavía recortes en propios recursos nacionales destinados a programas sociales.

Si uno de los objetivos de la política de la Unión Europea es poner en el centro de la

Unión los intereses de los ciudadanos, sus necesidades, derechos y aspiraciones, resulta esencial la participación Y la experiencia de todas las personas, por supuesto, también de aquellos que soportan una situación de exclusión. Resulta pues esencial encontrar las vías de participación que permitan incluir la experiencia directa de los usuarios en la formulación de políticas y en la implementación de sus programas.

La inclusión social en la tradición europea implica un respeto por las diferencias. Gitanos, marginados sin hogar, residentes no europeos (inmigrantes, refugiados, apátridas), comunidades étnicas minoritarias o particulares que han elegido un modo de vida distinto, al margen de la norma social, requieren hacer efectivo su derecho a la cobertura de unos mínimos sociovitales. Las estrategias de inserción social que se adopten deberán respetar la libertad de elección y el ejercicio de la diferencia.

Es en este contexto que describimos en el que la Comisión de Expertos de la F.I.T.S. denuncia el descuido por parte de la U.E. de las políticas sociales. Su reivindicación plantea la necesidad de diversas modificaciones en sus Tratados básicos, así como la necesidad de establecer un nuevo Tratado que de forma específica e independiente aborde la cuestión de los derechos sociales en Europa.

La propuesta del colectivo de trabajadores sociales europeos sugiere que un **Tratado sobre los derechos sociales** debiera tener tratamiento jurídico e incluir en su contenido nuclear la referencia obligada a una serie de contenidos mínimos; entre los fundamentales:

- El derecho a una vida familiar y elección de relaciones;
- El derecho a estar integrados o no según decisión personal;
- El derecho a la vivienda;
- El derecho a la educación;
- El derecho a la atención sanitaria;
- El derecho de los niños y adolescentes a ser tratados como ciudadanos y a que sus deseos sean escuchados y tenidos en cuenta.

Estos derechos deberían hacerse extensivos a cuantas personas se hallen dentro de las fronteras de la U.E., con independencia de ciudadanía, nacionalidad o situación legal de residencia.

Asimismo, su acción debería coordinarse con el resto medidas ya aprobadas y vigentes en la materia: Tratados Internacionales de alcance social, Declaración de los Derechos Humanos, etc.

La revisión de los criterios de convergencia de Maastricht y la formulación y realización de un nuevo Tratado sobre los derechos sociales en la U.E., podrían ser facilitados por una comisión interministerial que asociada con O.N.G., trabajara en pro de establecer una gama de acciones dirigidas al problema multidimensional de la exclusión social y al fortalecimiento de los derechos humanos.

Es responsabilidad de los gobiernos nacionales prestar una mayor atención a las con-

secuencias sociales e individuales de los problemas estructurales - sociales y económicos - e idear políticas que promuevan la cohesión social. En este intento, resultaría de gran interés la aportación del colectivo de trabajadores sociales.

7. A MODO DE CONCLUSIÓN: MUCHAS POSIBILIDADES, PERO NO MENOS RETOS

La tierra se mueve. Que el cambio es positivo, que el intercambio de culturas enriquece a las personas y a los pueblos es algo que nadie se atreve a discutir. El conflicto cultural, el choque de formas de hacer y relacionarse es algo que contribuye a forjar personalidades (en su sentido psicológico) y cuestionar conciencias (desde una perspectiva ética y filosófica).

Varias pueden ser las razones de la movilidad: desde la estricta motivación por conocer a los otros, hasta otras menos sugerentes como pueden ser necesidades de tipo económico que precisan de la difícil “ inserción laboral”. Parece que el tema que nos ocupa no nos permite detenernos en las primeras. Así que no abordaremos nuestro viaje por Europa como si se tratara de unas vacaciones; seremos más serios y plantearemos nuestra reflexión desde este punto de vista: ¿qué hace un españolito de a pie que tiene bajo su brazo un *papelajo* en el que se lee “*Diplomado en Trabajo Social*”?

Sin duda, Europa ha venido a ampliar las posibilidades del Trabajo Social, tanto para España como para otros países de la Unión Europea. Centrándonos en nuestro país, es importante partir de que, de acuerdo a la Directiva Europea del año 89, la Diplomatura en Trabajo Social reúne los requisitos mínimos establecidos para su convalidación en otros Estados miembros. A partir de ahí, habrá que estar atentos a la correspondiente legislación nacional de cada Estado para completar los requisitos que permiten el ejercicio profesional en su correspondiente territorio. De cualquier forma, no parece que en ningún caso ello plantee particulares dificultades a los trabajadores sociales españoles, más allá de la superación de una prueba de aptitud o período de prácticas obligatorias a fin de acreditar el dominio de las materias no contenidas en nuestro propio plan de estudios.

Lo que teóricamente es algo posible y que progresivamente debe dibujarse como una tendencia de mayor alcance, no es, sin embargo, una realidad. De hecho, diferentes informes sobre el tema, han advertido de una escasa movilidad de profesionales en el ámbito de la Unión (y ello no es algo que se refiere exclusivamente a los trabajadores sociales). Parece que existe cierta resistencia a la movilidad profesional. Esta circunstancia puede parecer, por un lado, perfectamente lógica: pese a la falta de barreras institucionales y políticas para la movilidad, es legítimo que los ciudadanos europeos deseen fijar su residencia y destino de trabajo dentro del contexto cultural del que forman parte. El deseo de identificación cultural con un territorio es una necesidad humana de primer orden.

Al margen del deseo perfectamente connatural de permanecer en el propio país, sí es posible constatar la presencia de determinados factores que - por lo menos en el caso español - puedan estar obstaculizando o ralentizando la apertura a Europa. ¿A cuáles nos

referimos?

- **La formación.** En la actualidad los planes de estudio de los Diplomados en Trabajo Social en España tienen una orientación escasamente europeísta. Tal vez en los últimos años se esté tomando conciencia de esta circunstancia y se vislumbren ciertos aires de cambio; así, con la incorporación de determinadas asignaturas optativas (Idioma Moderno, Política Social Europa y similares) parece querer corregirse este vacío.

- Relacionado directamente con el tema anterior, aunque en otro orden, se encuentra el hecho de que **la formación de los Diplomados en Trabajo Social se encuentre limitada al nivel de Diplomatura.** Este hecho impide que muchos estudiantes de la disciplina no puedan acceder a las becas de formación e intercambio con otras universidades europea de las que disfrutaban todas las licenciaturas españolas. Nuestros estudiantes quedan así privados de una experiencia académica de enorme importancia y que limita o impide potencialidades imprescindibles para esa movilidad europea a que aspiramos:

- El conocimiento del Trabajo social Europeo a nivel académico y universitario.
- La familiaridad con otras lenguas de la Unión.
- El conocimiento de la realidad social e institucional de Unión Europea en general y de los países miembros en particular.

- **La orientación a la praxis del Trabajo Social.** De esta forma la investigación y el crecimiento teórico de nuestra disciplina queda relegada a un segundo plano. Son escasos los trabajadores sociales que se dedican a indagar las nuevas experiencias de la Disciplina a través de la comunidad internacional y su traducción y traslado a la realidad española. Esto queda en manos de un reducido grupo de profesores universitarios o de profesionales formados en otras disciplinas (licenciados y Doctorados, siempre) que compatibilizan su labor investigadora con su trabajo como consultores en diversos organismos europeos e internacionales.

- **La escasa conciencia de “ciudadanía de la Unión”.** Si bien esta dificultad es de alcance general y no privativa de los trabajadores sociales, no es menos cierto que nos afecta de pleno. No es perceptible en el *modus vivendi* de los trabajadores sociales una vocación europeísta. No es perceptible una demanda formativa sobre contenidos de la Unión Europea, ni una motivación por el desarrollo de proyectos transeuropeos, ni por la gestión de programas comunitarios, ni siquiera por la búsqueda de oportunidades laborales más allá de los Pirineos (incluso en momentos como los actuales en los que se vive una fuerte situación de desocupación laboral entre los titulados).

Europa: tan lejos, tan cerca. Europa nos queda tan lejos como para asustarnos y encontrar mil pretextos y complejos, para no entrar en ella y decidir permanecer agazapados en nuestros pueblos y barrios. Al mismo tiempo, su presencia es tan inminente, tan cercana y poderosa como para obligarnos a encararla y a participar definitivamente en ella. Sólo de esa forma podremos servir con eficiencia y honestidad a esos - ahora sí - ciudadanos europeos que habitan en esos pueblos y barrios.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Oláiz, Emilia. 1991. “La libre circulación de trabajadores sociales”. En Revista de Servicios Sociales y Política Social. Nº. 24. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Pp. 116-121.
- Mira-Perceval Pastor, María Teresa. 1997. “La formación para el Trabajo Social en España. 1997. Planes de estudio. Niveles y exigencias”. En Revista de Servicios Sociales y Política Social. Nº. 39. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales Diplomados en Trabajo Sociales y Asistentes Sociales. Pp. 91-96.
- Peláez, Elena, 1990. “El Trabajo Social en el ámbito de comunidad internacional”. En Revista de Servicios Sociales y Política Social. Nº. 20. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Sociales y Asistentes Sociales. Pp. 20-29.
- De la Red Vega, Natividad. 1997. “La formación del Trabajo Social en España”. En Revista de Servicios Sociales y Política Social. Nº. 20. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Sociales y Asistentes Sociales. Pp. 97-105.

APÉNDICE

SÍNTESIS de la Orden de 28 de marzo de 1995 por la que se desarrolla el Real Decreto 1665/1991, de 25 de octubre, por el que se regula el sistema general de reconocimiento de títulos de Enseñanza Superior de Estados Miembros de la Comunidad Europea, que exigen formación mínima de tres años, en lo que afecta a la profesión de Diplomado/a en Trabajo Social.

Las normas de transposición contenidas en el Real Decreto 1665/1991, de 25 de octubre (B.O.E. de 22 de noviembre) reguladoras del sistema general de reconocimiento de los títulos de Enseñanza Superior de los Estados miembros de la Comunidad Europea que exigen una formación mínima de tres años de duración, han de permitir que los nacionales de los Estados miembros de la Comunidad Europea, con cualificaciones obtenidas en un Estado miembro, análogas a las que se exigen en España para ejercer una actividad regulada, puedan acceder a nuestro país en las mismas condiciones que quienes hayan obtenido un título español.

De acuerdo con lo dispuesto en las normas de referencia, compete al Ministerio de Asuntos Sociales el reconocimiento de la correspondencia entre los títulos que permiten en España el acceso al ejercicio de la profesión de Diplomado/a en Trabajo Social y los obtenidos en otros Estados comunitarios por aquellos nacionales de países miembros que so liciten ejercer en España la misma actividad, así como la regulación de los oportunos mecanismos de compensación previstos para aquellos casos en que la formación adquirida en otro Estado miembro comprenda materias sustancialmente diferentes a las exigidas en España o no exista correspondencia entre las actividades profesionales. Todo ello previa consulta, en su caso, con el Ministerio de Educación y Ciencia.

Normas procedimentales.

El procedimiento para el reconocimiento de títulos de Enseñanza Superior de los Estados miembros de la Comunidad Europea, se regirá por lo dispuesto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, sin perjuicio de las peculiaridades previstas en el Real Decreto 1665/1991, de 25 de octubre, y en la presente Orden.

Procedimiento.

El procedimiento de reconocimiento se iniciará a solicitud del interesado, acompañado de la siguiente documentación preceptiva:

1. Títulos o diploma de formación, académico, de nivel superior y título profesional en su caso.
2. Certificación académica de los estudios realizados por el solicitante para la obtención del título, en la que conste la duración de los mismos en años académicos, o unidad de valoración y las asignaturas cursadas.
3. Curriculum profesional.
4. Cuando en el Estado miembro que haya expedido los títulos se regule la profesión correspondiente, documento expedido por la autoridad competente acreditativo de haber ejercido dicho Estado u otro comunitario la profesión durante dos años a tiempo completo, en el curso de los diez anteriores.
5. Documento acreditativo de la nacionalidad de alguno de los países de la Comunidad Europea.
6. Cuando el Estado miembro no haya expedido el título, pero haya reconocido, certificado que acredite que el titular tiene una experiencia profesional de tres años, acreditada por Estado miembro que haya reconocido el título.
7. Podrá también requerirse al solicitante para que presente certificado de la autoridad competente del país de origen el que se acredite que el sol solicitante es un profesional, que cumple los requisitos exigidos por la Directiva 89/48/CEE, para ejercer la profesión regulada y que no está inhabilitado para la misma.

Instrucción.

Completada la documentación, la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales, podrá recabar informes de los órganos competentes del Ministerio de Educación Ciencia y de otros Departamentos cuya actividad guarde relación con la profesión de Diplomado en Trabajo Social, en aquellos casos en que fuera necesario para determinar la analogía en la formación exigida en España con la recibida por el solicitante.

Asimismo, podrá solicitarse informe del Consejo General Colegios Oficiales y Asistentes Sociales, a fin de comprobar ámbito de actividades profesionales a que faculta el título.

Los informes indicarán las materias no cubiertas por el título del solicitante.

Terminación del procedimiento.

El procedimiento de reconocimiento de títulos obtenidos en otro Estado miembro finalizará, en el plazo de cuatro meses a partir de la presentación de la documentación completa del interesado.

En dicha resolución se acordará:

- a) El reconocimiento del título que habilita directamente para el ejercicio en España de la profesión de Diplomado en Trabajo Social.
- b) El requerimiento de la superación de una prueba de aptitud o período de prácticas a optar por el solicitante.
- c) La desestimación de la solicitud.

Cuando el solicitante opte por una prueba de aptitud esta consistirá en un examen sobre los conocimientos profesionales del solicitante, versará, exclusivamente, sobre un grupo de materias seleccionadas de entre aquellas no cubiertas por la formación recibida en el país de origen cuyo reconocimiento sea esencial para el ejercicio de la profesión en España.

Cuando el solicitante opte por la superación de un período de prácticas, se adaptará a un programa específico cuya modalidad, duración y centro en que se desarrolle se determinará encada caso, por el Ministerio de Asuntos Sociales, de acuerdo con el Ministerio de Educación y Ciencia, pudiendo el primero solicitarla colaboración del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Las prácticas se realizarán en centros o unidades administrativas dependientes del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y organismos adscritos al mismo, que emitirán a su finalización el oportuno informe y calificación.

Recursos.

Las resoluciones previstas en el apartado séptimo de la presente Orden ponen fin a la vía administrativa y serán recurribles directamente ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Atención integral a víctimas de violencia doméstica desde atención primaria de salud

M^a Luisa Martín Carretero
Francisca Muñoz Cobos

1.- Resumen

El diagnóstico debe realizarse precozmente en los centros de atención primaria y se basa en la sospecha clínica y el uso eficaz de las técnicas de entrevista clínica, siendo fundamental para el pronóstico la actitud del profesional. Se proponen técnicas concretas de detección y habilidades de escucha.

Es fundamental conocer la legislación al respecto y los cambios que ésta ha sufrido en los últimos años, en gran parte motivados por la presión social. La obligatoriedad de dar parte al juzgado y su correcta cumplimentación son vitales para romper el silencio que rodea a los malos tratos.

Se expone la consideración de la violencia doméstica como problema social, no individual, en el marco de las relaciones sociales basadas en el abuso de poder y no en la igualdad. Se recogen los recursos sociales disponibles y su ámbito de trabajo en la violencia doméstica.

Recogemos la intervención del trabajador o la trabajadora social de los centros de salud. De un lado en la atención individual a las víctimas, distinguiendo la atención a los casos abiertamente manifestados por la mujer (sobre todo casos agudos) y los casos ocultados, los más frecuentes. El amplio papel de este profesional abarca la escucha y acogida, la valoración de seguridad de la víctima, la información de recursos, la coordinación entre profesionales, el apoyo psicológico, y el seguimiento a largo plazo. Además, se define la intervención en la prevención (en programas de salud y estrategias comunitarias), la autoprotección de los profesionales, la formación y la investigación sobre maltratos.

2.- LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO PROBLEMA DE SALUD

PREVALENCIA

“Si mañana se anunciara en los principales periódicos del mundo que una nueva enfermedad había afectado a 3-4 millones de personas en el transcurso del año anterior, serían pocos los que dejarían de percatarse de la gravedad de la enfermedad. Sin embargo, cuando se trata de 3-4 millones de mujeres que son víctimas de la violencia cada año, casi nadie se

percatada de la señal de alarma” (Biden) (1).

Para la Organización de Naciones Unidas la violencia doméstica causa tantas víctimas mortales y minusvalías en mujeres en edad fértil como el cáncer, más muertes que los accidentes de tráfico y la malaria juntos (2). La frecuencia de los malos tratos es comparable a la de enfermedades tan frecuentes como la hipertensión arterial o el cáncer de mama.

Se estima que en nuestro país sufren malos tratos entre 170.000 (3) y 300.000 (2) mujeres cada año. Según el Ministerio de Asuntos Sociales, en abril de 2000, la cifra de mujeres españolas que declaran recibir malos tratos asciende a 640.000, estimándose una prevalencia global de la violencia afectando directamente a 2.000.000 de españolas (4).

A nivel mundial se estiman en torno a 4.000.000 de víctimas, existiendo una situación de malos tratos a mujeres cada nueve segundos (3) y que hasta un 20-33 por ciento de mujeres lo sufren en algún momento de su vida (3) (5) Y que uno de cada ocho hombres ha pegado a sus parejas (6).

Se trata además de un problema oculto y ocultado, sabiéndose de la existencia de un gran *iceberg clínico* (7) (8), ya que hasta el 89 por ciento de las mujeres agredidas físicamente y hasta el 80 por ciento del total de mujeres víctimas de algún tipo de malos tratos no buscan ayuda (5). Además, una alta proporción de mujeres víctimas de violencia física no se perciben a sí mismas como maltratadas (46%) y suelen asumir que el maltrato psicológico es inherente a la relación conyugal (5). La frecuencia de percibirse como maltratada es mayor en las mujeres más jóvenes y decrece con la edad, lo que puede estar en relación con los cambios culturales en la apreciación de los roles femeninos (5). La petición de ayuda está en relación con la percepción como víctimas de malos tratos y este reconocimiento no es un proceso fácil para las mujeres: alrededor del 25 por ciento de ellas necesitan más de 10 episodios severos de violencia antes de buscar ayuda (5).

En los últimos años, se asiste a un aumento de los casos conocidos, que no de los reales, fenómeno debido a la mayor sensibilidad social sobre la gravedad del problema (9). Los cambios legislativos y culturales han propiciado que más casos de malos tratos salgan a la luz pública, pero no existen indicios de que se produzcan ahora más casos que hace décadas. La diferencia fundamental está en la mayor posibilidad de la mujer actual de «dar el paso» de la separación de su pareja, y es, precisamente, esta situación la que genera los mayores brotes de violencia, que son los que suelen aparecer en los medios de comunicación. No hay que olvidar que por cada caso que se hace público existen cientos que persisten silenciados, existiendo una sobreinformación sobre los casos que aparecen individualmente (10) y una baja detección de los casos reales (6). Un dato a tener en cuenta es el cambio que se está produciendo en la edad de las mujeres que deciden romper la relación violenta: son cada vez más jóvenes, más independientes económicamente y la duración media de los malos tratos es menor (9), con lo que el estado psicológico está menos deteriorado y el pronóstico es más favorable.

Se estima que sólo se denuncia el entre el 4 y el 10 por ciento de los casos reales (11), existiendo una media de que la mujer está entre 7 y 10 años sufriendo la situación

de malos tratos hasta denunciarla. (Tabla 1). Andalucía está a la cabeza en número de denuncias, según datos del Ministerio de Asuntos Sociales correspondientes a 1998 y primer semestre de 1999 (11) (Tabla 2).

Se trata, además, de un problema de elevada mortalidad, superior a la de problemas de salud como el cáncer o los accidentes: cada año mueren en EE.UU. 4000 mujeres como resultado de la violencia doméstica. En 1999,42 mujeres murieron a manos de sus maridos en nuestro país. Se considera que esta forma de «terrorismo familiar» (4) produce 10 veces más víctimas mortales que el terrorismo político. Se le ha llamado «terrorismo de género» (4) o “terrorismo familiar” (12).

Los hombres también pueden ser víctimas de violencia familiar pero la incidencia es anecdótica en comparación con la que se ejerce sobre mujeres o niños (9). Las formas de violencia que padece el hombre suelen ser de tipo psicológico y se manifiesta a través de abusos económicos, indiferencia afectiva y aislamiento.

FACTORES DE RIESGO

Definimos los factores de riesgo como situaciones previas a la aparición de las enfermedades que se asocian a una predisposición mayor a padecerla. Su combinación define perfiles de riesgo con valor predictivo respecto a la aparición del problema de salud concreto de que se trate, permitiendo intervenir sobre aquellos factores modificables con el objetivo de evitar, retrasar o modificar el curso de la enfermedad.

En la violencia doméstica no existe un perfil premórbido identificado. Ocurre en todos los estamentos sociales, en todas las situaciones familiares y sociales, en todos los países del mundo, en todos los grupos étnicos, en todos los niveles educativos (13) (14). Incluso se aprecia que a mayor nivel cultural el agresor ejerce una mayor violencia psicológica (3). Sí hay diferencias respecto al medio en cuanto a las denuncias, siendo mayores las que se producen en el medio urbano que en el rural (15). Hay que considerar también el sesgo que se produce al informar con más frecuencia los casos de grupos sociales desfavorecidos (6).

No existe un perfil psicológico previo determinado que determine mayor riesgo, ni se asocia a enfermedades mentales predisponentes por parte de la víctima ni del agresor. El único factor de riesgo conocido es haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia (15) (14). Curiosamente, se trata de un factor de riesgo tanto para sufrir malos tratos como para infringirlos. Es importante constatar que se trata de un factor de riesgo modificable a nivel global, estableciendo las intervenciones oportunas, si bien no en cada caso concreto, en el sentido de que la infancia no puede volver a ser vivida. Algunos autores (9) discuten este factor, ya que no es tan frecuente como se espera si fuese factor fuertemente asociado (afectaría en realidad a 1/3 de casos).

No hay situaciones exentas de malos tratos, siendo, por ejemplo, frecuentes durante el embarazo, en el que se estiman ocurren hasta entre un 7 y un 8 por ciento de casos (2) (3) (6) (16) (17). Se estima que un 41 por ciento de mujeres maltratadas lo fueron durante el embarazo (3) y produciéndose a lo largo de todo el curso de éste: entre un 2 y un 7

por ciento era maltratada en el primer trimestre, entre un 7 y un 10 por ciento lo fue en el segundo trimestre y un 4 por ciento sufrió agresiones en el tercer trimestre. Incluso se observa que el embarazo es motivo de especial enajenamiento y que son muy pocas las gestantes que reciben atención médica por las lesiones (16). Los riesgos durante el embarazo son importantes: aborto espontáneo, rotura uterina, abruptio placentae, tres veces más complicaciones en parto y puerperio, cuatro veces mayor incidencia de CIR (Crecimiento Intrauterino Retardado) y bajo peso al nacer (3).

Se han determinado los factores que favorecen la cronificación (13) (18):

- **Dependencia económica, cultural y emocional.** En algunos estudios se observa que las categorías laborales de mujeres en las que más se cronifican los malos tratos son las mujeres en paro y las amas de casa (43).
- **La costumbre social:** la mujer considerada propiedad familiar. El agresor desplaza toda su agresividad sobre su víctima ejerciendo roles de identificación con elementos de dominio (“el jefe”). El efecto del hábito actúa en la siguiente línea: reiteración- >acostumbramiento->costumbre->tolerancia->moral individual->moral grupal->moral social-> ley.
- **Historia de violencia familiar:** es frecuente encontrar mujeres maltratadas en varias generaciones de la misma familia: la «herencia» sociofamiliar.

También se ha intentado determinar el perfil del agresor, encontrándose un resultado similar al de las mujeres: no existen diferencias por etnia, clase social o nivel cultural, siendo el único factor de riesgo identificado el haber sido víctima o testigo de malos tratos en la infancia (13). Los maltratadores no suelen presentar trastornos psicopatológicos, aunque se detectan algunos rasgos de personalidad acentuados (9) como la poca capacidad empática, la falta de control de la ira y la impulsividad, la actitud celosa y posesiva y déficit de autoestima.

Son muy características de los agresores las creencias distorsionadas respecto a los roles sexuales y a la violencia como forma eficaz de resolver los conflictos. Se han determinado los pensamientos más comunes (9):

- La mujer debe tener la comida y la cena a punto para cuando el marido vuelva a casa.
- La mujer debe acceder a mantener relaciones sexuales cuando su marido se lo pide.
- Si el marido aporta suficiente dinero en casa, la mujer no tiene necesidad de trabajar.
- En una relación de pareja, el marido y la mujer deberían estar siempre de acuerdo.
- No es adecuado que la mujer salga sola sin su marido.
- Cuando un hombre pega a una mujer, ella sabrá por qué.
- Las bofetadas son a veces necesarias.
- Si un niño pega a otro, éste debe responderle de la misma forma.
- Los profesores hacen bien con utilizar el castigo físico.

- No es un delito que un hombre pegue a una mujer.
- Lo que ocurre en la familia es problema únicamente de la familia.
- Cuando los vecinos se están pegando, no es adecuado intervenir.

Se han identificado algunas características que poseen más frecuentemente los causantes de malos tratos en comparación con hombres no maltratadores: alcoholismo (6) (15), abuso sexual de sus parejas, violencia hacia menores (17). Los especialmente violentos (9) son celosos patológicos, son violentos dentro y fuera del hogar. Es conveniente conocer que el agresor no puede identificarse «a simple vista» por ningún rasgo patológico, incluso tiene una buena imagen social persona amable e incluso «pacífica» (15) y no manifiestan problemas destacables en sus relaciones sociales y laborales (9).

MECANISMO DE PRODUCCIÓN

Al igual que con las enfermedades, debemos intentar aclarar el mecanismo por el que se genera y se mantiene la violencia doméstica. La comprensión de este fenómeno depende fundamentalmente de la visión específica de la mujer y de los papeles culturales de hombres y mujeres en cada sociedad (6). Las conductas que hacen a las mujeres propicias a los malos tratos son las mismas que les han sido inculcadas en su educación como mujeres: ser dóciles, maternales, perseverantes, dignas de amor y reconocimiento, sufridas y abnegadas y lograr el amor romántico (5). Este proceso de socialización les hace menos susceptibles de percibir el maltrato como tal y asumir posiciones frente a éste.

Las mujeres recibimos desde la infancia mensajes que refuerzan las conductas de apego y dependencia frente a la socialización masculina en la que destaca su preparación para las habilidades físicas, la vida pública y la agresividad (19). Así se nos educa para ser complacientes con lo que los demás esperan y se facilita el desarrollo de una estructura psicológica sustentada en la “pasivización” y la dependencia emocional (19). Sistemáticamente, se reprime la agresividad y en general todos los recursos de defensa activa y hostilidad por lo que se coarta todo entrenamiento para afrontar situaciones de tensión o conflicto. La recompensa que reciben las mujeres por su capacidad de entrega, renuncia y postergación de las propias necesidades es la aprobación social y el cariño familiar, con lo que se refuerzan aún más los mecanismos de permanencia de la dependencia emocional. En cambio, a los varones se les reconoce como valor propio el derecho a individualizarse, a moverse en el mundo público y a controlar su propia realidad (19). En resumen, la mujer desarrolla su estabilidad emocional y su identidad como persona en el “ser para otros” y hace de los cuidados de su pareja y de su familia “su gran tarea” en la que un fracaso supone derrota, soledad e inseguridad. Estas asimetrías en el proceso de socialización son poderosísimas y la dependencia emocional que generan no se solventa contrarrestándose con independencia económica, ni siquiera con la ruptura de la pareja y explica hechos como la retirada frecuente de las denuncias (19).

Mitos sociales respecto a la violencia doméstica (9):

- El maltrato es poco frecuente.

- La violencia doméstica no ocurre en relaciones normales.
- Los agresores padecen graves psicopatologías.
- El maltrato en la pareja es un asunto privado en el que los demás no pueden meterse.
- Pegar o insultar de vez en cuando a una mujer no es maltrato.
- Si una mujer no se separa, es porque no quiere.
- En todas las parejas hay discusiones.
- Los hombres que maltratan a las mujeres están locos o no saben lo que hacen.
- Cuando una mujer deja a su marido el maltrato desaparece.
- Si los hombres que maltratan a las mujeres fueran a la cárcel, la violencia familiar desaparecería.

La violencia intrafamiliar significa un fracaso de la dinámica de resolución de los conflictos por medio del trato de igualdad compartida y por el compromiso de honestidad y respeto que caracteriza el modo de relación natural entre las personas (14). Podríamos contraponer las características de las relaciones interpersonales en el denominado *Círculo de la Igualdad frente al Círculo de poder y control* (14) (Tabla 3). La violencia doméstica se ha definido como una «patología de la convivencia» y como «cáncer de la convivencia» (13), tratándose, por tanto, de un problema que sobrepasa al individuo.

El mecanismo generador de la violencia doméstica se ha intentado explicar mediante el modelo denominado *Ciclo de la violencia* (6) (13) (14) (Gráfica 1)

- **Fase de generación de la tensión:**

Caracterizada por el abuso verbal como preparatorio y potencia dar de la acumulación progresiva de tensión en la relación de la pareja. En esta etapa, se hace uso y abuso por parte del agresor de los privilegios masculinos: tratarla como a una criada, tomar grandes decisiones sin comentar nada, actuar como «amo» de la casa y las personas. La víctima suele preguntarse de forma autoinculpatoria acerca de «lo que está haciendo mal» y el agresor niega la existencia de problemas. Son patentes los malos tratos emocionales: menosprecios, humillaciones, llamarla por apodos, repetirles que está loca, hacer que se sienta mal consigo misma y culpable. En esta fase es frecuente utilizar a los niños: hacer que se sienta culpable por ellos, usarlos para hacerle llegar mensajes y amenazar con llevárselos de casa. En la víctima produce un distanciamiento emocional marcado por el miedo al abandono. Se inicia el aislamiento de la familia y amigos y un control sobre lo que hace, dónde va..., limitando sus contactos con el exterior, a menudo utilizando los celos como excusa de sus acciones. Esta fase está marcada por el uso de la intimidación: hacer que la mujer tenga miedo utilizando acciones, gestos, miradas, rompiendo objetos, destruyendo sus propiedades, maltratando animales de compañía o haciendo alardes y demostraciones de fuerza, en ocasiones mediante empleo de armas; y por las amenazas: de hacer algo que la hiera, de abandonarla, de «internarla», de quitarle los niños. Es característico el abuso económico: pasarle una cantidad fija e insuficiente, impedir que ella consiga o mantenga un trabajo, hacer que pida dinero prestado, cogerle

dinero, no informarla de los ingresos familiares ni permitir que tenga acceso a ellos. El agresor adopta la actitud de reírse de los malos tratos y no tomar en serio su preocupación por ellos, desviando la responsabilidad del comportamiento abusivo hacia la víctima (*minimización, negación, culpabilización*). Esta fase se va haciendo cada vez más corta (15).

- **Fase de explosión violenta:**

Aparece la agresión física sumada a la verbal que permanece. Esta fase está marcada por la pérdida del control. Se producen frecuentemente relaciones sexuales forzadas y amenazas (las más frecuentes consisten en retirada de los hijos o «internamiento»). Las agresiones suelen interferir el descanso y el sueño. Se produce también la inmovilidad económica de la víctima, cuyo mecanismo de adaptación a la situación es la denominada *indefensión aprendida*. La tensión acumulada en la fase anterior se reduce tras el estallido violento.

- **Fase de luna de miel:**

Fase de falso arrepentimiento por parte del agresor y de pedir perdón a la víctima. El agresor decide cuándo empieza y cuándo acaba esta fase, lo que le da mayor control. Se caracteriza por la manipulación afectiva de la víctima que se enfrenta a la confusión de sentirse nuevamente querida e ilusionada con la esperanza de cambio. Esta fase actúa como refuerzo del ciclo porque el arrepentimiento aumenta la culpabilización de la víctima y justifica al agresor.

- **Mecanismos psicológicos:**

En los estudios realizados sobre mujeres víctimas de violencia doméstica de muy larga evolución y que han sufrido sin denunciar múltiples agresiones se han determinado algunos aspectos sobre los sentimientos y afectos que presentan estas mujeres (13). Es casi unánime el deseo de mantener estable la situación familiar y la convicción de «querer» a su marido y de continuar conviviendo con él. No sienten la violencia como tal, o al menos nunca en su intensidad real. Suelen prever cuándo van a ser agredidas de nuevo e incluso encuentran cierta explicación al hecho de serlo. Existe un alto nivel de miedo al agresor del que no tienden a defenderse. Suelen «perdonar» los hechos y no se plantean que desaparezca este tipo de violencia.

Los mecanismos psicológicos que subyacen a los malos tratos reiterados deben interpretarse desde el enfoque de la psicología de catástrofes, y el ejercicio de violencia mantenida y sostenida se ha asimilado a los mecanismos simultáneos de *hipervigilancia* y *entrega* que se desarrollaron en la lucha por la supervivencia en los prisioneros de campos de concentración.

Estos aspectos se recogen en la *Teoría de la Indefensión Aprendida* en la que se pone de manifiesto la falta de lógica en la relación entre los comportamientos de la mujer y los resultados violentos. Se produce una verdadera desconexión de la realidad y una entrega al agresor de la que se avergüenza pero en la que está atrapada.

La mujer lucha entre el «infierno de dentro» (en el que cree tener el control y está alimentada por las promesas de cambio) y el «infierno de fuera» (soledad, inseguridad

económica). En este debate se produce el fenómeno de *Inversión-Justificación* en el que la mujer, convencida de que tiene el control, se siente obligada a justificar sus esfuerzos en la creencia de que tendrá éxito si pone el suficiente empeño en «arreglar» la situación. Es decir, acaba pensando lo mismo que el agresor: que ella es la responsable de lo mal que van las cosas en la familia. Esto se entiende si asemejamos los mecanismos psicológicos que subyacen en la situación de malos tratos al Síndrome de Estocolmo: la víctima «se pone de parte» de su agresor, la víctima se percibe a sí misma a través de la imagen que le da el agresor. También se ha llamado a este trastorno el de la *Personalidad Bonsai*: la mujer maltratada es alimentada por la mano que la “poda”. El vínculo que las mujeres maltratadas mantienen con sus parejas como estrategia de supervivencia se ha comparado con el *Síndrome de Estocolmo* (20). Este síndrome se produce ante situaciones de secuestro y tortura de la que no se puede escapar y consiste en “unirse” a los torturadores identificándose con ellos y con sus “razones” para la violencia ejercida. Las condiciones que se dan en los malos tratos para que se produzca este síndrome son:

- El hombre maltratador atiende y se hace cargo de la supervivencia de la mujer.
- La mujer no puede escapar, o piensa que no puede hacerlo, del dominio del hombre.
- La mujer está aislada.
- El hombre manifiesta en ocasiones signos de amabilidad.

El papel que cumple *el amor* en el mantenimiento de los malos tratos también ha sido estudiado (21). El vínculo afectivo de la mujer sobre su pareja es tal que la ruptura amorosa es vivida como una pérdida subjetiva que va mucho más allá de la ruptura del vínculo (21). Es la concepción cultural del sentimiento amoroso la que impregna esta vivencia: el amor “vuelve dócil, complaciente, induce a consentimiento y puede llegar al sacrificio, sacrificio del propio pensamiento, dejando en manos del otro el decidir sobre las propias cuestiones.” (21).

Las estrategias psicológicas que utiliza el agresor son:

- **Fundamentar:** racionalizar los ataques de forma que parezca que están justificados.
- **Minimizar:** restar importancia a la agresión para distanciarse del daño causado.
- **Desviar el problema:** trasladar la responsabilidad a cuestiones ajenas a sí mismo.
- **Olvidar:** aseguran que no recuerda, niegan.
- **Racionalizar:** explicar coherentemente las situaciones frente a la inseguridad de la víctima.
- **Proyectar:** atribuir a la víctima la responsabilidad de la violencia.

La manera de relacionarse del agresor es la violencia y a ésta recurrirá también para “solucionar” un posible final de la relación motivado por la denuncia o la separación de la mujer: su manera de recolocar la relación “en el lugar donde estaba”(21) es el acto violento mayor que puede que, desgraciadamente, suele llegar a la muerte.

También participan en el mantenimiento de la violencia los efectos que ésta tiene

sobre los hijos testigos de los malos tratos. Las posturas de éstos suelen ser diversas:

- Identificarse con la madre: supone un factor de riesgo para ser en el futuro víctimas de malos tratos.
- Intentar ser protector de la madre, atrayendo sobre sí mismos la ira y violencia del padre: factor de riesgo de sufrir malos tratos en la infancia.
- Identificarse con el padre agresor, participando de la ejecución de violencia sobre la madre: factor de riesgo para ser futuros agresores. Se denominan «hijos maltratadores» (22) que aprenden a conseguir las cosas por “ las malas” y pueden participar de los malos tratos a sus madres.
- Desentendiéndose de la familia: desarraigo, abandono del hogar, conductas asociales.

CURSO EVOLUTIVO

Los malos tratos suelen comenzar desde el inicio de las relaciones estables de la pareja (13). No aparecen de forma inesperada o puntual sino a través de una “escalada progresiva”. Inicialmente, suelen ocurrir abusos psicológicos o leves físicos de forma hasta sutil: descalificaciones, insultos y empujones que no suelen ser identificados por la mujer como señales de alarma ni tampoco son apreciados por el entorno social de la familia. Progresivamente, conforme va avanzándose, según el modelo del Ciclo de la Violencia, se van produciendo abusos cada vez mayores (Gráfico 2) que van haciendo, cada vez, menos posible “escapar” por parte de la mujer.

Una vez que surgen conductas violentas, la probabilidad de que se reproduzcan es altísima porque se perciben como el recurso adecuado para conseguir de forma rápida y eficaz lo que uno quiere y porque funciona como una descarga de las frustraciones diarias (9).

Las formas clínicas de presentación pueden ser (13):

1.- Violencia única o aislada: la agresión tiene el objetivo de lesión directa resultante de la ejecución de acciones que no tienden a repetirse (autolimitada, aislada). Siempre hay que pensar en la posibilidad de ser el primer síntoma del resto de formas clínicas.

2.- Violencia reiterada: agresiones resultantes de una serie de acciones que tienden a repetirse, con tendencia a la recurrencia, pero no a la periodicidad. Las agresiones buscan el daño que se espera del trauma producido pero no tienden a la progresión o agravación. La violencia se desencadena en determinadas circunstancias no frecuentes. Puede ser bidireccional, aunque con equilibrio de fuerzas a favor del agresor que inicia la violencia.

3.- Violencia continuada: el objetivo no es el daño lesivo directo sino el sometimiento y dominio. Los factores que inducen la violencia no coinciden con momentos determinados sino como constante de la relación interpersonal. La «excusa» de comienzo de la

agresión es de características mínimas y desproporcionadas. Es siempre unidireccional: la víctima no se defiende. Suelen existir con periodicidad incluso predecible por la víctima. Tienden a perpetuarse funcionando mecanismos de contagio e historia familiar. La agravación, aunque es posible, es infrecuente.

4.- Violencia progresiva: es aquella que evoluciona hacia formas cada vez más graves de lesión de forma lenta y progresiva, no brusca, con riesgo de violencia desatada cuando se produce una propuesta de cambio de relación como separación, divorcio, trámites, denuncias. Es siempre unidireccional: la víctima está anulada en su capacidad de reacción. Es habitual el arrepentimiento tras las agresiones, con uso de lenguaje emotivo que no indica limitación de futuras agresiones, cada vez más graves. Existe ambivalencia en las víctimas ante las respuestas emocionales de perdón y reencuentro. El objetivo de la agresión es mixto: la lesión y el dominio. Existe riesgo de violencia desatada ante iniciativas de la víctima a terminar con la situación.

5.- Violencia desatada: final de una cadena de circunstancias y factores que tienden a agravarse paulatinamente con riesgo de lesiones graves de todo tipo y de llegar al homicidio. Puede aparecer como último paso de violencia progresiva o de forma independiente, incluso como primer episodio conocido. Puede ser bidireccional pero con importante desequilibrio de fuerzas a favor del agresor. El objetivo es la búsqueda de control sobre la persona agredida y sobre la situación vivida por el agresor como única posibilidad de evitar que «las cosas sigan adelante».

Se han identificado las distintas etapas por las que pasa la víctima en el proceso de cambio psicológico (23). Se basan en la interpretación del cambio según el modelo de cambios de comportamiento de Proschaska, aplicado por Brown a las mujeres maltratadas (Precontemplación Contemplación-Preparación-Acción). En cada una de estas etapas se presentan comportamientos específicos y cambios individuales cognitivos y emocionales. No todas las mujeres logran avanzar en todas las etapas, pueden quedar estancadas en algunas de ellas, y el tiempo de permanencia puede ser muy variable:

1.- Precontemplación: «no tener en cuenta». En esta etapa se produce una tolerancia de la violencia como parte de la vida cotidiana, no se dimensiona la gravedad del maltrato y la víctima se cree en posesión del control y está en el convencimiento de que puede cambiar la situación. Las mujeres maltratadas no consideran la posibilidad de salir de la situación violenta y están convencidas de permanecer al lado de su pareja.

Esta etapa se fundamenta en tres pilares:

- El bajo autoconcepto: la dependencia afectiva y económica, el miedo a la soledad y la incapacidad percibida para enfrentarse solas a la vida están asociados a la dependencia afectiva con el agresor.
- La estructura moral tradicional: tradicionalmente se considera buena mujer y esposa la que es capaz de soportar sufrimiento por el bien de su familia, la que da ejemplo y mantiene el bienestar y la unión de la familia por encima del bien propio. Una buena mujer respeta a su marido y lo perdona, cumple sus deberes de esposa, es capaz de mantener su matrimonio y debe sentirse orgullosa de mantener firmes sus valores

morales a pesar de sufrir vejaciones; en este aspecto se sienten por encima de sus maridos en el sentido de ser moralmente superiores a ellos.

- El amor al agresor: la unión afectiva al agresor es fuerte y persistente y dificulta el razonamiento sobre la situación de violencia.

Las mujeres, en ésta y en el resto de las etapas, no permanecen pasivas sino que desarrollan estrategias para autoprotgerse psíquicamente de la violencia. Algunas de estas estrategias son:

- Idealizar al compañero y construir una imagen de él que realza sus cualidades y minimiza el comportamiento agresivo.
- Desplazar el maltrato a fuerzas externas a la pareja como el alcohol, los celos, comportamientos inadecuados de ellas mismas.
- Tratar de pasar desapercibidas ante el agresor.
- Intento de cambiar al agresor.

Rechazan cualquier apoyo encaminado a alejarse del maltratador.

2.- **Contemplación: «darse cuenta».** Esta etapa la describen las propias mujeres como un «despertar» en el que empiezan a tomar conciencia de la situación de víctimas y a flexibilizar su escala de valores. Intervienen algunos factores como catalizadores del cambio:

- La intensidad y frecuencia de los malos tratos: el ciclo de la violencia ha ido en aumento hasta un límite en que se produce una saturación del nivel de violencia que deja sin validez las estrategias de la primera etapa para sobrevivir a la angustia.
- El inicio de actividades laborales fuera del hogar: se conocen otras formas de relación interpersonal basadas en el respeto y no en la violencia. Se aumenta el auto-concepto en el sentido de ser capaces de hacer cosas por sí mismas. Se vulnera la dependencia económica.
- Entrar en contacto con profesionales o grupos que intervienen en los malos tratos: se favorece la reflexión desde el punto de vista de profesionales o grupos a los que se asigna cualificación suficiente, bien por estudios, bien por experiencia, para tener en cuenta sus opiniones.

Básicamente, este cambio produce una flexibilización de la escala de valores que cuestiona las relaciones de poder en la pareja y se manifiesta en varios cambios en las víctimas:

- Pierden el miedo al agresor. Cambian la imagen de su compañero, comienzan a ver sus defectos, dejan de cuidar y tapar su imagen externa y no les importa que se sepa que es un maltratador. Ya se enfrentan a él durante el ejercicio de la violencia verbal e incluso físicamente.
- Pierden la esperanza de cambio. Se produce un profundo desengaño con respecto a la esperanza de que pueden cambiar al compañero. Rompen el sentimiento de ne-

cesidad y dependencia y dejan de creer en sus promesas.

- Aparece el desamor. Se distancian afectivamente de sus parejas, poniendo límites a la relación conyugal.

A pesar de este importante cambio psicológico, en esta etapa la mujer aún no ha tomado la decisión de dejar al maltratador, para lo que precisa una evolución mayor.

3.- Preparación: «encontrarse a sí misma». Esta etapa está marcada por el convencimiento de que sólo ellas pueden acabar con la situación rompiendo definitivamente los lazos con el agresor. Este proceso está marcado por un enorme trabajo emocional que implica un duro aprendizaje: aprender a estar solas, aprender a tomar conciencia de sus capacidades como personas, aprender a tomar decisiones. Este cambio está fundamentado en el paso de la actitud «ser para otros» a la de «ser para sí». En esta etapa es fundamental el apoyo social y económico. Si la mujer no dispone de suficientes recursos permanecerá en esta etapa e incluso «regresará» a etapas anteriores, ya que la imposibilidad de efectuar un cambio definitivo de vida reforzará su dependencia del agresor, que empezaba a desterrar a nivel emocional.

4.- Acción: «salir adelante sola». Es la etapa de la acción, en tanto a la decisión y realización de la ruptura de la pareja. En el actual marco legal y social esta acción está marcada por la salida de la casa de la víctima, no del agresor, que debe iniciar un proceso judicial complejo, que debe abandonar su medio habitual, sus familiares y vecinos y que tiene un débil equilibrio emocional. Los recursos sociales vuelven a cobrar aquí un papel determinante en muchos casos de la recuperación definitiva de la mujer o bien de un «volver a casa» acumulando un nuevo fracaso a sus espaldas.

Como reflexión tras el análisis de estas etapas obtendríamos algunas ideas interesantes. De un lado, romper con la idea de la pasividad de la mujer maltratada: durante todo el proceso está activa generando estrategias de supervivencia que le permitan adaptarse y rebelarse. De otro lado, también romper con la falsa idea de que las víctimas de maltrato no buscan ayuda por miedo o por no saber dónde o cómo hacerlo: la mayoría de mujeres no buscan ayuda porque consideran que no deben hacerlo (5), es decir, la ocultación del maltrato no se debe tanto a factores externos como a internos de las creencias de la propia víctima y en relación con su socialización femenina.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Desde un punto de vista sanitario, el maltrato a mujeres constituye una causa importante morbilidad y mortalidad provocando importantes daños físicos, psicológicos y muertes violentas, con extensión de sus devastadores efectos, de forma longitudinal, en el futuro de la persona maltratada y, de forma horizontal, en el resto de la familia, especialmente a los hijos.

Las formas en que se ejecuta la violencia física puede responder a distintas formas (20):

- **Intimidación**: realización de gestos amenazantes o provocadores, con uso de la

fuerza física, gritos, conducción peligrosa cuando va la mujer en el vehículo, situarse en la puerta de salida durante las discusiones.

- **Destrucción:** de objetos personales o bienes domésticos, arrojar objetos, dar puñetazos en paredes.
- **Amenazas:** con hacer daño a la mujer o a otros (pareja actual, hijos, padres...).
- **Violencia sexual:** trato degradante durante la relación sexual, uso de la fuerza o coerción.
- **Violencia física:** golpes a la mujer, hijos, animales domésticos, bofetadas, puñetazos, patadas, tratar de agarrar o sujetar, apretar el cuello, quemar, apuñalar, disparar.
- **Uso de armas:** usarlas o emplearlas para intimidar o asustar o amenazar a la mujer o a aquellos que ella quiere.

Las lesiones físicas suelen producirse en cabeza, tronco y cuello y muy frecuentemente en zonas no visibles (20), clasificadas según gravedad (3) distinguimos:

- **Leves** (¿lo son algunas?)

- **Moderadas:** patadas, arrancamiento de pelo, contusiones. Hay que considerar tanto las lesiones externas (contusiones, heridas, quemaduras), como las internas (osteoarticulares, musculares, de órganos de los sentidos) y funcionales (viscerales, de la mecánica articular, estéticas) (9). Las contusiones suelen distribuirse, por orden de frecuencia en: cabeza, espalda, nalgas, vientre, miembros (3).

- **Graves:** palizas graves, estrangulamiento, abrasiones, quemaduras, asesinato.

Es fundamental valorar como elementos independientes la presencia de amenazas. Se sabe que es prácticamente imposible que exista violencia doméstica sin amenazas, pero por ello no deben considerarse como «normales» sino que requieren una consideración especial y concreta según el contexto en el que se producen (puede ser más amenazante despertar «a los niños» que usar un arma). Las amenazas más utilizadas se recogen a continuación (13):

1.- **Según el contenido de las amenazas:** de la tutela o patria potestad de los niños, de ruina económica, de aspectos laborales, de uso del domicilio, de instrumentos legales, de mayor violencia.

2.- **Según las personas a las que van dirigidas:** a la persona agredida, a otras personas del ámbito emocional de esa persona, a ambos.

3.- **Según el momento de la agresión:** acompañando a la agresión en tiempo real; anteriores a la agresión (importantes por suponer la agresión cuando se produce, el refuerzo de la amenaza), posteriores a la agresión (suelen formar parte de una violencia progresiva, ya que a la agresión sigue la amenaza de una nueva agresión, siempre mayor para poder constituirse como realmente amenazante).

Las formas en que puede infringirse maltrato psicológico deben considerarse pormenorizada mente (20):

- Crítica destructiva: ridiculizar, acusar, burlarse, echar culpa, gritar, insultar, hacer comentarios o gestos humillantes de forma continua.
- Tácticas de presión: meter prisa para tomar decisiones bajo presión, amenazar con negar o re tener el dinero, manipular utilizando a los hijos, decir continuamente a la mujer lo que debe hacer.
- Abuso de autoridad: exigir siempre tener derecho a, mandar lo que tiene que hacer, tomar las decisiones importantes.
- Falta de respeto: interrumpir, no escuchar ni responder, distorsionar el sentido de las palabras, hablar mal de los amigos y familiares de la mujer.
- Abuso de confianza: mentir, ocultar información/ tender trampas, ser celoso.
- Incumplir promesas: no respetar acuerdos, no compartir responsabilidades, rehusar ayudar en el cuidado de hijos y tareas domésticas.
- Negación afectiva: no expresar sentimientos, no dar apoyo, atención o agradecimiento, no respetar los sentimientos, derechos u opiniones de la mujer.
- Minimizar, desmentir, culpabilizar a la víctima: evadir la responsabilidad de las conductas abusivas trasladando la culpa a la mujer.
- Control económico: interferir en el trabajo de la mujer o no permitirle trabajar, negarle o cogerle dinero, quitarle las llaves del coche o impedirle usarlo .
- Conducta autodestructiva: amenazar con el suicidio u otras formas autolesivas u otras conductas de consecuencias negativas (descalificarla frente a sus compañeros de trabajo o su jefe).
- Aislamiento: evitar o dificultar que vea a amigos o familiares, controlar las llamadas telefónicas, decirle donde puede y no puede ir.
- Acoso: hacer llamadas telefónicas o visitas a la mujer sin aviso ni invitación previa, seguirla, comprobar continuamente dónde está, crearle situaciones embarazosas o violentas en público, negarse a irse cuando ella se lo pide.

DIAGNÓSTICO

Sólo se ve lo que se mira y sólo se mira lo que se tiene en la mente (Bertillon).

Para el diagnóstico precoz es fundamental pensar en la violencia doméstica cuando estamos ante unos síntomas determinados. *El diagnóstico depende de un alto índice de sospecha (6).* Existe una importante infradetección de casos, estimándose que solamente el 2 por ciento de las pacientes maltratadas era reconocida como víctima en las consultas médicas (11).

La detección en fases iniciales es fundamental para el pronóstico (1) tanto que el conocimiento del caso y asesoramiento profesional es un factor asociado a la recuperación de la víctima, modificando así el curso natural del círculo violento.

En los equipos de atención primaria tanto médicos de familia, pediatras, enfermeras, matronas, trabajador o trabajadora social y personal administrativo deben colaborar en la detección de los malos tratos. Aunque se ha dado protagonismo a los médicos en cuanto a su mayor oportunidad de conocer las lesiones, se resalta desde la bibliografía el papel de la enfermería (5) (23). En el caso de los pediatras se ha establecido su valor no sólo para detectar y prevenir los malos tratos a niños sino para detectar los malos tratos a mujeres, al tener contacto con madres jóvenes que no acuden a los médicos para sí mismas (2) (11) (16).

Existen barreras por parte de la mujer para manifestar su situación a los profesionales sanitarios (24): vergüenza, miedo, culpabilidad, protección del agresor y actitud apresurada del médico.

Razones por las que las mujeres víctimas de malos tratos no hablan del problema (17):

- La mujer tiene miedo por las consecuencias y represalias del agresor, si se entera.
- La mujer puede tener creencias culturales o religiosas que le disuadan de revelar los hechos sino es con su propia familia.
- La mujer tiene dependencia económica del maltratador.
- La mujer puede creer que perjudica a sus hijos si se separa.
- La mujer puede tener miedo a vivir sola.
- La mujer puede sentir lealtad hacia el agresor.
- La mujer puede sentir lástima del agresor y creer que la conducta agresiva cambiará sin ayuda.
- La mujer puede tener miedo a que el agresor se suicide.
- La mujer se puede sentir culpable de la violencia.
- La mujer puede querer al agresor.
- La mujer puede creer las promesas del agresor de que los malos tratos cesarán.
- La mujer se puede sentir responsable del maltratador.
- La mujer puede sentirse humillada, avergonzada por el abuso.
- La mujer puede no reconocer la situación de malos tratos.
- La mujer puede creer que a su médico no le interesa el tema y no la puede ayudar.

También se han estudiado las barreras por parte de los profesionales (17) (24) (25): falta de tiempo, desconocimiento de recursos, miedo a molestar u ofender a la paciente, creer que no es su responsabilidad, sentirse frustrado por no poder manejar adecuadamente el problema, no creer a la paciente sino al agresor, insensibilidad ante el problema. Es lo que se ha denominado *miedo a abrir la Caja de Pandora* (6). Existen investigaciones que exploran la actitud de los médicos de familia respecto a los malos tratos, encontrándose que participan de los mitos y creencias respecto a que las mujeres que

los padecen “prefieren no hablar de ello” (26).

Algunos autores (17)(24) proponen el cribado universal de malos tratos: el simple hecho de preguntar por su existencia y registrarlo rutinariamente supone que las preguntas acaben siendo esperadas y recibidas con naturalidad. La detección mediante preguntas directas en la consulta de atención primaria se considera una actividad de bajo coste, bajo riesgo de daño y alto rendimiento.

Se han establecido algunas claves para el diagnóstico (2) (6) de sospecha:

- **Síntomas psicológicos persistentes:** depresión, ansiedad, confusión, comportamiento disociado, trastornos de conducta alimentaria, síndrome de estrés postraumático, intentos de suicidio.
- **Síntomas no específicos o patologías mal definidas:** cefalea, dolor osteoarticulares erráticos, palpitaciones, ahogos. Se explican por el mecanismo de Rabia Desplazada (desplazamiento hacia la esfera orgánica del malestar psicológico)
- **Preocupaciones somáticas múltiples.**
- **Lesiones agudas en múltiples puntos.**
- **Discapacidades permanentes.**
- **Estado emocional plano, pasividad.**
- **Actitud de la víctima:** temor, mirada huidiza, sensación de vergüenza, sentimientos de culpa, explicaciones vagas contradictorias y confusas. En ocasiones, desconfianza y hostilidad.
- **Actitud de la pareja:** excesivamente preocupado y solícito ó excesivamente despreocupado, despectivo e irónico.

Las características de la patología y formas de presentación y la actitud de las mujeres víctimas de maltrato hacen que a veces se consideren «pacientes problema» (15).

SECUELAS

Las secuelas que dejan los malos tratos reiterados son sobre todo de índole psicológica. Además pueden existir secuelas físicas por fracturas, cicatrices, lesiones sensoriales o de órganos internos.

Entre los trastornos psicológicos que provoca el maltrato se encuentran (10)(20):

- Trastornos de ansiedad: trastorno de angustia, trastorno fóbico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático.
- Trastornos somatomorfos: trastorno por dolor, cefaleas, alteraciones digestivas (3)
- Trastornos disociativos: trastorno de identidad.
- Trastornos del control de impulsos.

- Depresión, trastorno mixto ansiedad-depresión, trastorno de adaptación .
- Alteraciones sexuales y de la identidad sexual.

El daño psicológico se considera mucho mayor que el somatogenital (3) y el pronóstico es peor a mayor tiempo y severidad de los malos tratos. Es importante saber que el agresor no acepta la enfermedad mental, es decir que menosprecia a la víctima por la presentación de estos trastornos, que la violencia que infringe han desencadenado, e incluso los utiliza como excusa para continuar los malos tratos y como coartada ante la sociedad que se enfrenta a una pareja con una mujer «desequilibrada» y de carácter difícil y un hombre de apariencia pacífica y ordenada.

El cuadro psicológico que se desarrolla en las víctimas de cualquier tipo de violencia es el *Trastorno de Estrés Postraumático* (27) (28) que se define como «conjunto de síntomas resultados directamente de un evento traumatizante o de la repetición en el tiempo y en el espacio de una o varias formas de agresión». En su superación es muy importante el *efecto de Reparación*: no habrá reparación simbólica del traumatismo si no hay castigo del torturador (27). Este trastorno es una entidad clínica cambiante que incluye alteraciones afectivas, cognitivas y conductuales, con importante afectación de la calidad de vida, de la capacidad funcional y caracterizado por conductas de retirada y escape de la realidad, síntomas de hiperactividad e hipervigilancia y de reexperimentación del estrés sufrido (28). Se acompaña de actitudes de hostilidad y suspicacia y de frecuentes síntomas físicos no específicos como forma de alcanzar homeostasis de las disfunciones emocionales sufridas (*el cuerpo recuerda el dolor emocional sufrido*) y con alta demanda de asistencia sanitaria. Las personas que sufren Trastornos de Estrés Postraumático tiene alta vulnerabilidad ante otros agentes estresores como pueden ser la pérdida de seguridad de abandonar el hogar, las separaciones, denuncias o juicios con lo que se cierra el círculo que las atrapa más en su situación. A este hecho hay que añadir la dificultad de «descubrir» este síndrome debido a que la víctima evita conversaciones sobre el tema, por el bloqueo emocional que padece y la falta de reconocimiento del problema.

Se considera resultado de los malos tratos la transformación persistente de la personalidad (20), en mujeres que los sufren durante muchos años, y que constituye una evolución crónica del Trastorno de Estrés Post-traumático. Se caracteriza por un estilo personal de percibir, relacionarse y pensar, marcado por:

- Actitud permanente de hostilidad y desconfianza hacia el mundo.
- Aislamiento social.
- Sentimiento constante de vacío o desesperanza. Puede acompañarse de un aumento de la dependencia de otras personas, con incapacidad para expresar sentimiento negativos o agresivos y con humor depresivo prolongado.
- Sentimiento constante de amenaza o peligro, actitud de vigilancia e irritabilidad, estado crónico de tensión interna y de sentirse amenazada, predisposición al consumo de alcohol y drogas.
- Sentimiento permanente de haber cambiado o de ser diferente de los demás (extrañeza de sí misma), suele acompañarse de vivencias de “embotamiento” afectivo.

El suicidio es un efecto posible de los malos tratos reiterados. Su base está en la importante merma del nivel de autoestima de la persona maltratada y en el intento de acabar con un estado emocional doloroso e interminable (13). La casuística de los servicios de urgencias recoge frecuentemente la autoagresión en las víctimas de malos tratos (29) empleando, frecuentemente, la ingesta de fármacos, por lo que es conveniente que exista precaución en su prescripción y vigilancia.

En niños testigos de malos tratos se producen (13): enuresis, trastorno disociativo, trastorno negativista desafiante, pica, rumiación, tics, trastornos de aprendizaje, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, retraso de crecimiento, caída de curva ponderal (6).

3.- LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO DELITO

La Organización de Naciones Unidas fue el primer organismo que reparó en la gravedad de este hecho, reconociendo que *es el crimen encubierto más frecuente del mundo*. En 1996, en su Informe para los Derechos de la Mujer afirma: *la violencia doméstica contra las mujeres es asimilable a la tortura y debe ser legalmente penalizada* (2).

La violencia doméstica ha tardado en ser reconocida como delito en nuestro país. Hasta 1999 no se tipificó como delito en el código penal la violencia psíquica habitual (3) : Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio por la que se modifican artículos del Código Penal en materia de protección a víctimas de malos tratos (30).

A nivel judicial, hay que separar la agresión puntual del maltrato reiterado. La diferencia fundamental entre malos tratos y agresión es en base a su objetivo: la agresión se define por la lesión que provoca; los malos tratos se describen por el sometimiento, humillación, dominio y miedo, connotaciones que sobrepasan a la violencia física (10).

Hasta la consideración de los malos tratos como tal, las agresiones sufridas por las mujeres en el marco de la violencia doméstica se consideraban como hechos puntuales, caracterizados por ser lesiones clínicamente leves y efectuadas sin pruebas ni antecedentes del agresor, por tanto, en el supuesto caso de ser castigados por ley se considerarían «faltas», penas inferiores al delito que no crean antecedentes al no dejar constancia y que son castigadas con sanciones menores. Esta era la legislación vigente en nuestro país desde 1979, hasta la reforma del Código Penal en 1995 (aplicado desde 1996). En el artículo 153 del nuevo Código Penal se incluye el delito de malos tratos pero se exigen unos requisitos que lo hacen poco aplicable a la práctica: para considerar los malos tratos como «habitual» se requieren 3 condenas previas por el mismo para ser considerado como tal. Al requerir «condenas» supone que deben existir «denuncias» en número de 3 previas, y que prosperen en el proceso judicial, sean juzgadas como «delitos» y como «faltas» en un plazo menor a 6 meses, ya que éstas prescriben si existe un plazo de 6 meses de la comisión a la denuncia. Además, no se incluyeron, inicialmente, los malos tratos psicológicos y se enunció inculpando como posible agresor de este delito sólo al que «sea o haya sido» «cónyuge o similar», pero no incluía a parejas o ex parejas que no hubieran convivido con la víctima, o a otros familiares.

Estas dificultades llevaron a una nueva modificación, en fecha junio de 1999 (*Ley Orgánica 11/99 de modificación del título VII del Libro II del Código Penal*) (31) en el que se amplía el delito a la violencia psíquica y no se encasilla en un determinado tipo de relaciones entre víctima y agresor. La habitualidad se establece ahora por actos de violencia «acreditados», no requiriéndose denuncia y condena, por lo que pueden servir los partes de lesiones, que cobran así una importancia crucial en el esclarecimiento de los casos de malos tratos reiterados:

se tendrá en cuenta el número de actos de violencia que resulten acreditados por cualquier prueba lícita en derecho, así como a la proximidad temporal de los mismos, al margen de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferentes víctimas y de que los actos violentos hayan sido o no objeto de enjuiciamiento en procesos anteriores.

El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él de forma estable por análoga relación de afectividad, o sobre los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos o ascendientes o incapaces que con él convivan, o que se hayan sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de uno u otro, será castigado con las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.

Las modificaciones del articulado del Código Penal afectan, también, a las prohibiciones posibles que pueden afectar a los agresores son a residir en determinados lugares o acudir a ellos, prohibición de aproximarse a víctimas o familiares en domicilio, lugares de trabajo o lugares frecuentados y prohibición de comunicarse con las víctimas. Además, las modificaciones reflejadas en la Ley de Enjuiciamiento Criminal redundan muy favorablemente en la repercusión que el propio procedimiento judicial tenía sobre las víctimas de forma que se permite evitar la confrontación visual entre las víctimas o menores de edad y la persona procesada por el delito de maltrato. Se persigue disminuir la *victimización secundaria* que es el «conjunto de síntomas psíquicos y psicosomáticos que se manifiestan a lo largo del tiempo, a menudo debido a los aspectos médico-legales-judiciales que acompañan a la denuncia» (11).

El Parte al Juzgado es una obligación legal de todos los profesionales que, por razón de su trabajo tengan conocimiento de algún delito. Son considerados actos de «poner en conocimiento» y no suponen verdaderas denuncias, ya que estas se consideran un derecho que la víctima de cualquier delito puede o no ejercer, mientras el parte es una obligación del profesional que debe emitirlo aún sin lesiones visibles, sólo ante sospecha o información de terceros y aún con oposición de la víctima. Es recomendable dar una copia a la víctima, pero no es obligatorio. Así mismo, la obligatoriedad del parte se extiende a cualquier profesión y no es vinculante sólo para los facultativos, si bien, es recomendable que sean estos los descriptores de las lesiones que se describan.

Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículo 262: Los que por razón de su profesión, cargo u oficio tuvieren noticia de algún delito están obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, Juez Instructor. Nombrar especialmente si la desde atención primaria de salud. omisión en dar parte fuese de un profesor en Medicina, Cirugía en el ejercicio

de su cargo.

Existe un formato de parte al juzgado específico para delitos de malos tratos y agresión sexual, si bien puede utilizarse cualquier otro parte de esencia o de lesiones para realizar la notificación. El parte al juzgado iniciará siempre el procedimiento judicial en caso de menores o incapacitados legales y, en el resto de casos, formará parte de la constancia de agresiones sufridas por la víctima que suele tardar varios años en dar el paso de la denuncia. Las principales dudas que plantea la cumplimentación del parte al facultativo (20) son el secreto profesional, la dificultad diagnóstica (aspectos de “certeza”) y el compromiso personal que supone la “denuncia”. Respecto a estas dudas, las respuestas son claras: el parte no vulnera el secreto profesional respecto a la mujer sino que señala al presunto delincuente; el parte no es un “certificado” médico y transmite sólo una sospecha correspondiendo al médico forense y al procedimiento judicial la averiguación de los hechos; el médico se enfrenta a una obligación más en el cumplimiento de sus actividades profesionales que debe desmitificarse y asimilarse a otros muchos actos médicos que implican vinculaciones personales.

En las diligencias judiciales interviene el médico forense (11) aunque, debido a la evolución natural de la mayoría de las lesiones, éstas suelen haber desaparecido en el momento de su intervención, por lo que es tan importante la constancia del facultativo que realizó la primera atención a la víctima y cumplimentó el parte. El médico-forense emitirá el informe de sanidad, en cuyo valor judicial es fundamental la consignación de los tratamientos que requirieron las lesiones, para la consideración de los hechos como delitos o como faltas.

En el marco del Procedimiento de Coordinación (32) se establecen los derechos de las víctimas de malos tratos o agresiones sexuales:

1. Derecho a recibir la atención necesaria en el menor plazo posible.
2. Derecho a que se preserve en todo momento su intimidad y privacidad.
3. Derecho a no verse obligada a repetir el relato de los hechos.
4. Derecho a interponer una denuncia.
5. Derecho a recibir copia de la denuncia, parte de lesiones y otros documentos de interés.
6. Derecho a que se le eviten desplazamientos innecesarios.
7. Derecho a su protección, su seguridad y ser acompañada cuando sea preciso.
8. Derecho a ser informada en cada momento de las actuaciones que se vayan realizando.
9. Derecho a ser informada de las acciones legales que puede ejercer y del derecho a la defensa.
10. Derecho a ser informada de la existencia de servicios y ayudas para las mujeres que sufren malos tratos.

La Asociación de Mujeres Juristas THEMIS (9) ha analizado la respuesta penal a la violencia familiar, concluyendo las siguientes deficiencias en el procedimiento judicial establecido:

- En el marco policial: las denuncias son incompletas, no se describen suficientemente los detalles de las circunstancias de los malos tratos y no se utilizan los recursos disponibles como la inspección ocular, las fotos, testigos directos, etc.
- En el marco médico-forense: no se tramitan procedimientos por lesiones psicológicas. No se practican diligencias sobre las consecuencias psicológicas de los malos tratos.
- En el marco judicial: el ministerio fiscal suele tener el primer contacto con la víctima durante el juicio oral, lo que impide un conocimiento exhaustivo del caso y la posibilidad de practicar pruebas que acrediten la agresión. La acusación particular no siempre actúa de forma eficaz, tanto por falta de preparación como de convicción. Los jueces de instrucción suelen calificar como faltas las agresiones físicas y verbales incluso cuando los sucesos vividos son por su gravedad constitutivos de delito.

4.- LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO PROBLEMA SOCIAL

La violencia está presente en las relaciones sociales (21) y en la actualidad estamos asistiendo a nuevas formas de violencia en el mundo occidental que son exponentes de la interiorización de la violencia: violencia en los centros escolares y violencia gratuita entre jóvenes (21).

El ejercicio de la violencia en la familia ha seguido un patrón culturalmente aceptado: tradicionalmente el “cabeza de familia” asumía las funciones de protección y autoridad y tenía el poder de ejercer castigos y violencia y sus excesos pertenecían al secreto familiar (21).

La violencia familiar no comenzó a tratarse como problema social grave hasta los años 60, cuando algunos autores describieron el “síndrome del niño golpeado”. A pesar del tiempo pasado desde entonces, la violencia familiar sigue siendo considerada un problema poco frecuente y atribuido a personas con diagnóstico psicopatológicos (1). Sin embargo, los estudios realizados al respecto nos muestran que la violencia doméstica es un fenómeno universal y, altamente, prevalente que se apoya en los valores, mitos, creencias y estereotipos sociales (1).

«La violencia doméstica es una patología que afecta a nuestra sociedad» (13). Se trata de un fenómeno social e histórico que se perpetúa a través del aprendizaje (1). La violencia doméstica excede el plano de lo individual y lo familiar y sus repercusiones se extienden al completo de la sociedad. Puede considerarse que la violencia doméstica habitual se sitúa en el nivel extremo dentro de la gravedad del estrés psicosocial (13).

La violencia en el hogar no puede considerarse un problema de salud individual sino de salud pública (6). *Se necesita un enfoque sanitario público para tratar la violencia en el seno de la familia.* La consideración de los malos tratos como un problema privado, igno-

rado socialmente ha contribuido a su persistencia (33).

Es fundamental el reconocimiento de los malos tratos como un «mal social» que está fundamentado ideológicamente en la desigualdad de géneros, por lo que es imprescindible incorporar el análisis de género a la comprensión de las relaciones afectivas, familiares y sociales (4).

Las consecuencias sociales de los malos tratos se pueden valorar a nivel de retraso socioeconómico de una sociedad al limitar la participación de la mujer en el desarrollo comunitario, el acceso al empleo y en términos de calidad de vida: según el Banco Mundial, las violaciones y la violencia doméstica llevan a una pérdida de nueve millones de años de vida saludables por año en el mundo, cifra superior al total de pérdida ocasionada por todos los tipos de cáncer que afectan a las mujeres y más del doble del total de años de vida saludables perdidos por las mujeres en accidentes de tráfico (5).

Los **Recursos sociales** de la comunidad andaluza en Sevilla y Málaga, según dependencia son:

Institucionales:

- Instituto Andaluz de la Mujer. (Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía). C/ San Jacinto, 7. 29007. Málaga. Tlf. 952 304 000. Fax. 952 393 989.

- Teléfono de información a la mujer 900 200 999

- Servicio de defensa legal para mujeres que sufren malos tratos

- Centros de Emergencia

- Centros de Acogida

- Pisos Tutelados

- Centro de la Mujer. (Diputación de Málaga). CI Carretería, 61. Málaga. Tlf. 952 225 513.

- Servicio de Atención a las Víctimas de Andalucía. SAVA. (Consejería de Gobernación y Justicia de la Junta de Andalucía). Paseo Reding, sin - Palacio de Justicia- Málaga. Tlf. 952 136 675.

- Servicio de Atención a la Mujer en las Comisarías de Policía.

- Servicio de Atención a la Mujer y al Menor de la Guardia Civil. EMUME.

- Servicio de Atención al Niño. SAN. (Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía). C/ Ollerías, 15. 29071. Málaga. Tlf. 952 228 174 Y 952 215 692.

Asociaciones:

- Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención de los Malos Tratos. ADIMA. C/ Manuel Rojas Marcos, 6. 41004 Sevilla. Tlf. 954 225 413. Fax. 954 211 155.

- Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales. AMUVI. CI Alberto Lista, 16. 41003 Sevilla. Tlf. - Fax. 954 905 649.

De entre todos los recursos sociales, destacaremos las Casas de Acogida: las primeras se crean en Europa en los años 70 (18) con el fin de acoger, con carácter temporal, a la mujer que sufre malos tratos y a sus hijos, carentes de recursos económicos, familiares y personales y con peligro para su integridad física o psíquica. El objetivo es cubrir las necesidades básicas de las mujeres afectadas y colaborar de forma profesionalizada mediante equipos multidisciplinares de atención (trabajadoras sociales, psicólogos, abogados) a la recuperación personal y social de las víctimas.

Con el desarrollo de éstas han ido apareciendo algunos problemas pendientes de resolución:

- La necesidad de permanencia en estas casa dista de ser temporal y transitoria y se necesita mucho tiempo y esfuerzo para conseguir la integración.
- La permanencia en las casas de acogida es vivida por las víctimas como un factor de estrés añadido: desarraigo, pérdida de contacto con familiares y a veces con sus hijos, dificultades de la convivencia con otras víctimas todas bajo gran presión psicológica, sensación de incertidumbre y miedo.

5.- INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA SOCIAL

5.1.- PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

La utilidad de protocolizar la atención a víctimas de violencia doméstica ha sido establecida en estudios previos (11) que muestran el enorme aumento en la detección de los malos tratos en los servicios sanitarios (de un 6-7 por ciento a un 30 por ciento) al poner en funcionamiento un protocolo de atención específico.

Tradicionalmente, la violencia doméstica se había considerado por parte de los profesionales sanitarios como un problema grave pero ajeno a su capacidad de intervención que se limitaba a la atención al síntoma agudo y explícito. Y esto ante la realidad de que las víctimas de malos tratos acuden, rutinariamente, a los servicios de salud para ser atendidas por las dolencias que directa o indirectamente se relacionan con este tipo de violencia (5).

Nivel Autonómico:

En 1990 se aprobó el I Plan para la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres en Andalucía, en el que se recogen acciones diversas contra la violencia de género, que ha permitido el desarrollo de una red de servicios y ayudas para las víctimas de violencia doméstica. En 1995, se aprobó el II Plan Andaluz para la Igualdad de las Mujeres y en 1998 el Plan de Actuación del Gobierno Andaluz para avanzar en la erradicación de la Violencia Contra las Mujeres.

En aplicación de los acuerdos de los Planes anteriores, se publicó en 1998 un «Procedimiento de Coordinación para la Atención a las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales» con el objetivo de garantizar una actuación coherente y coordinada a las víctimas de violencia doméstica. En este procedimiento se define las pautas de actuación de cada una de las instancias: Centros Sanitarios, Juzgados de Guardia, Comi-

sarías de Policía, Guardia Civil, Policía Local y Unidades de Policía Autonómica, Servicios Sociales Comunitarios, Red de Servicios de Información a la Mujer (2).

Nivel Local. Distrito Sanitario:

El trabajo sobre víctimas de malos tratos es un área de interés para el Distrito Sanitario Málaga, ya que desde hace dos años viene funcionando un grupo de trabajo sobre malos tratos, formado por cuatro médicos, dos enfermeras, cuatro trabajadoras sociales y una técnico del distrito, cuyo objetivo inicial es colaborar en la formación continuada, impartiendo sesiones sobre malos tratos a todos los profesionales de los centros de sanitarios del distrito (Centros de Salud y Consultorios). Así mismo, el grupo de trabajo ha elaborado un protocolo de actuación «Guía de actuación en malos tratos y agresiones sexuales» (34), que, actualmente, está en revisión por la Mesa Provincial de Málaga sobre Malos Tratos, representada por las Instituciones Judicial, Policial y Sanitaria, que es posible que asuman todos los distritos sanitarios de la provincia de Málaga. El objetivo de este documento es facilitar los procedimientos a realizar por los profesionales de atención primaria ante la violencia doméstica.

Nivel Básico. Centro de Salud:

Presentamos nuestra experiencia en la aplicación de un protocolo específico de atención a familias víctimas de violencia doméstica residentes en una Casa de Acogida ubicada en la Zona Básica de Salud Ciudad Jardín. El sistema de atención sanitaria en el centro a estas familias no había sido distinto al del resto de población atendida en la zona, hasta una primera revisión en la que se detectaron importantes problemas (35) (36): familias desarraigadas con frecuente utilización de los servicios del centro, problemas de salud particulares, bajo tiempo en la zona básica, importante uso de servicios, presentan problemas de salud con necesidad de intervenciones preventivas, actitud especial (victimización), descoordinación de profesionales en su atención. Se consensuó una intervención priorizada que consiste en (Grafica 3.) conocer directamente cada caso a partir de la Trabajadora Social del equipo de atención primaria que facilita información relativa al caso. Ésta realiza la apertura de historia clínica y la valoración sociofamiliar y pone en conocimiento del médico de familia y pediatra la existencia y problemática de cada caso y gestiona las primeras citas para estos profesionales y para el programa de detección precoz del cáncer de mama (realización de mamografía) en mujeres mayores de 50 años. A partir de aquí, se siguen los canales normales de utilización de servicios favoreciendo, eso sí, la accesibilidad (atención sin cita previa, eliminación de trabas burocráticas) y priorizando la captación a programas (planificación familiar, diagnóstico precoz del cáncer de cérvix, control de embarazo, vacunación hepatitis B, vacunas y salud infantil). La atención sanitaria, también, se ha centrado en la escucha activa y la acogida psicológica de estas mujeres con especial problemática sociofamiliar y en situación de desarraigo y dependencia de las instituciones, respetando el derecho a decidir su futuro, cuidando, especialmente, la confidencialidad y realizando, convenientemente, los partes al Juzgado. A partir de la valoración del médico de familia y pediatra, se planifica la atención individualizada que requiera cada caso (derivaciones, tratamientos...). Existe una coordinación periódica interdisciplinar entre las personas del equipo que atienden a estas familias y los responsables de la Casa de Acogida en lo relativo a notificación de

altas, bajas e incidencias, con comunicación telefónica en casos urgentes. El impacto de este protocolo fue evaluado contrastándose la mejora de la atención prestada a estas familias (37).

5 .2.- ESTRATEGIAS INDIVIDUALIZADAS DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS

• CASOS MANIFESTADOS POR LA VÍCTIMA:

- Atención al caso agudo

La entrada al centro de salud de una persona con sospecha o afectada por esta situación puede ser a través del servicio de admisión o de la consulta médica o de enfermería y de trabajo social. El personal de admisión, ante la llegada de una víctima de malos tratos (mujer, niño, anciano) al centro de salud debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Pasarla a un lugar reservado y avisar al trabajador social o enfermero para que la acompañe.
- No dejarla sola.
- Avisar inmediatamente al médico que la vaya a atender.
- No hacerla esperar.
- No derivar, bajo ningún concepto, a otro centro de salud u hospital sin que el sanitario de este centro de salud deje constancia de que ha sido atendida. En caso de derivación, garantizar el acompañamiento (personal sanitario o policía) .
- Facilitar el impreso del parte al juzgado a todo el personal sanitario.
- Archivar una copia del parte al juzgado y otra enviarla al Distrito Sanitario en un sobre anotando «confidencial» dirigido al fiscal.

Independientemente de que la persona agredida denuncie los hechos, no podemos olvidar que los malos tratos no declarados suponen mantener un alto índice de sospecha.

Los profesionales de atención primaria y en especial los trabajadores sociales, tienen una importante labor en la detección precoz de estos casos, ya que es necesario establecer una rápida y eficaz actuación y coordinación con las demás instituciones implicadas en los malos tratos.

La metodología y actividades propias del trabajo social hacen que sea un profesional de referencia en el equipo multidisciplinar del centro, para el abordaje de este grave problema, puesto que entre sus funciones están conocer el mapa de recursos (policiales, judiciales y de alojamiento-acogimiento) a nivel provincial, autonómico y nacional que requieren estos casos, ya que es un técnico en establecer relaciones personales creando una buena acogida y utilizando la escucha activa en la que la persona se siente apoyada y capaz de iniciarse en la toma de decisiones .

- **Al daño físico.** Al atender a una víctima de malos tratos se debe en primer lugar

atender a las lesiones y daños que presenta, haciendo constar en su historia clínica la atención prestada y la existencia de malos tratos, realizando una valoración del alcance de éstos con la información disponible hasta ese momento. Es tras esta atención inicial la víctima debe ser valorada por la trabajadora social (2) (34) .

• **Parte al juzgado.** En el Procedimiento de Coordinación para la Atención a las Mujeres Víctimas de Malos Tratos y Agresiones Sexuales (32) se establecen los pasos pormenorizados en la intervención con víctimas de malos tratos en los centros sanitarios, con especial relevancia de la obligatoriedad de cumplimentar el parte al juzgado «ante cualquier demanda de asistencia sanitaria que efectúe una mujer por haber recibido una agresión sexual o malos tratos en el ámbito doméstico» (Procedimiento). También se hace hincapié en la necesidad de coordinación policial y judicial, recordando la necesidad de requerir la presencia del médico forense y de la policía a fin de garantizar la protección de la mujer, acompañar a la denuncia y custodiar las pruebas (32). El parte debe cumplimentarse por el facultativo que atiende a la víctima a fin de describir correctamente las lesiones físicas y psicológicas que presenta, el tratamiento aplicado, etc.; pero la extensión de la obligatoriedad de la comunicación del caso al Juzgado es extensible a cualquier profesional que tenga conocimiento del caso y, de cualquier forma, *no debe quedarse oculto ningún caso de malos tratos.*

• **Valoración de seguridad.** Es fundamental esta intervención que supone, ante conocimiento de un caso de malos tratos en el centro sanitario, el grado de riesgo de volver al domicilio. Es determinante en esta evaluación el nivel de miedo de la mujer y su apreciación de inseguridad inmediata y futura (20). Son indicadores de riesgo de violencia progresiva y desatada:

- Reciente y progresivo aumento en la frecuencia o gravedad de las agresiones.
- Aumento de las amenazas de ser asesinada o de suicidio por parte del agresor.
- Amenazas a los niños.
- Presencia o disponibilidad de armas de fuego.

Si el riesgo es alto:

- Debe evitarse el uso de tranquilizantes que dificulten la autoprotección o huida de la víctima.
- Poner en marcha recursos asistenciales de acogida.
- Requerimiento de acompañamiento policial si el caso lo requiere. Recordar que el máximo riesgo de asesinato se da cuando la mujer intenta abandonar la relación.
- Recordar los documentos que debe recoger y planificar su custodia.
- No podemos tomar nosotros la decisión de abandonar el hogar, si la mujer decide permanecer en él recordar los recursos de asistencia de 24 horas, dar cita de seguimiento, recordar que puede ser peligroso tener consigo información o documentos relativos al tema y *apoyar su decisión.*

Se debe valorar muy especialmente el riesgo de homicidio. La mayor parte de los

asesinatos ocurren como último episodio de una situación crónica de maltrato en el que el agresor se excede en la gravedad de la violencia que habitualmente ejerce. Los homicidios están asociados con frecuencia al abandono de la víctima y a los celos patológicos por lo que deben ser tenidas en cuenta estas situaciones. El consumo abusivo de alcohol y drogas pueden actuar como desencadenantes. También debe valorarse la amenaza o empleo anterior de armas.

- **Coordinación.** El hecho de que existan estos grupos o comisiones técnicas sobre malos tratos, no puede eximir, ni a un solo profesional del compromiso con esta realidad. Tenemos que desechar la figura del «profesional más motivado» en cada centro sanitario; en esto, todos debemos ser especialistas.

El tratamiento de la violencia doméstica también debe ser interdisciplinar implicando a los equipos de urgencias y hospitalarios así como a todas las instituciones relacionadas.

- **Reacción psicológica de la víctima.** Se ha analizado el mecanismo de respuesta ante la agresión brusca, determinándose una variabilidad de las posibles respuestas (13) las que se han comparado con las reacciones que tendría una persona aislada cuando *un dinosaurio entra en su habitación* (el dinosaurio sería comparable al riesgo de morir):

- Respuesta activa: - de lucha, - de huida, - de detención de la actividad (soportar el menor daño posible).
- Respuesta pasiva: bloqueo o inhibición.

- **Riesgos que se plantea la mujer.** Es importante conocer y valorar los riesgos que se plantea la mujer para romper la relación con el agresor (20):

- *Riesgo de aumento de las amenazas y de la violencia física sobre ella misma o sobre sus hijos y familia.*

- *Riesgo de que el maltratador realice conductas autolíticas.*

- *Riesgo de hostigamiento continuo, acoso y ataques verbales y emocionales, especialmente si mantiene contactos con la víctima, como por ejemplo, régimen de visitas de los hijos.*

- *Riesgo de daño físico grave o muerte.*

- *Riesgo para los hijos: daño físico, psicológico, incumplimiento del régimen de visitas.*

- *Riesgo a perder a sus hijos por secuestro del padre o decisión judicial sobre su custodia.*

- *Riesgo de pérdida de poder adquisitivo (casa, posesiones, entorno social habitual).*

- *Riesgo de perder ingresos por trabajo (perder el trabajo por traslado o no poder buscarlo por hostigamiento).*

- *Riesgo de soledad.*

- *Riesgo de falta de ayuda para criar a sus hijos, mantener la casa...*

- *Riesgo de no ser creídas o tomadas en serio, de ser acusadas, de ser presionadas a hacer algo que no se siente preparada o capacitada para hacer.*

- Riesgo de ser juzgada como mala esposa o madre.
- Riesgo de ser presionada para mantener la relación en base a creencias religiosas o culturales.

- Entrevista Clínica.

Si se pregunta, hay que estar preparado para escuchar y responder.

En la atención a las víctimas de malos tratos es fundamental la actitud del profesional que debe guiarse de los siguientes principios (2) (6):

- Escuchar y creer la experiencia de malos tratos.
- Desculpabilización: nadie merece recibir los malos tratos. La violencia nunca es justificable.
- Despsiquiatrización: que no está loca sino que está sobreviviendo a una situación loca.
- Respetar sus decisiones: la víctima debe decidir cuándo abandonar ese tipo de relación.
- Principio de beneficencia: hacer algo más que tratar la lesión (enfoque biopsicosocial).
- Principio de no maleficencia: hacer el diagnóstico correcto y que no corra riesgo mayor, evitar la victimización, evitar sedantes que dañan la capacidad de juicio y autodefensa.
- Confidencialidad: petición de consentimiento informado para autorizar a informar de su historial a una tercera persona. Efectos nefastos de que el agresor conozca que la víctima ha roto el silencio, lo que aumenta la cólera sobre la mujer. En este sentido, es totalmente inefectivo y contraproducente que se «advierta» al agresor (15): la orientación es capacitar a la mujer a tomar el control de la situación.

Características de la escucha (20):

- Creer lo que nos dice. Las primeras veces que una mujer habla de este tema el relato es inexacto, a veces contradictorio, debido a la falta de habilidades comunicativas y a la defensa psicológica por miedo a hablar. *Ser creída constituye para la mujer una experiencia de reafirmación de gran importancia.*
- Empatizar con su experiencia. La escucha debe ser activa.
- Estimular a que hable del tema. Ayudarle a reformular sus experiencias.
- Validar sus sentimientos. Explicar que el miedo, la desconfianza y el abatimiento son secuelas de los malos tratos y hacerle entender que no es una enferma mental.
- No juzgar. Evitar aumentar el sentimiento de culpa haciendo referencia a hechos como el largo tiempo de permanencia de los malos tratos, las veces que abandonó y volvió, las denuncias retiradas. La mujer también se siente culpable de no ser capaz de romper la relación.

- Mostrarse sensibles ante la discriminación histórica de la mujer enmarcando este tipo de violencia en el contexto sociocultural.
- No presionar. No apremiar a la mujer a tomar decisiones. Muchas mujeres maltratadas desean que termine la violencia pero no que termine la relación.
- Asegurar y mantener la confidencialidad.
- Expresarle admiración. Referirnos a su capacidad y fuerza para sobrevivir.
- Escuchar, afirmar, desculpabilizar.
- Expresar preocupación por su seguridad
- Decirle que tiene derecho a estar segura y ser respetada.

Puede ser útil la técnica de la Universalización: previamente a las preguntas acerca de malos tratos es conveniente hacer referencias al tema para normalizarlo en el sentido de expresar lo frecuente que es y la gran cantidad de veces que hemos atendido a mujeres con estos problemas.

Se deben evitar los siguientes errores en la entrevista (9) (17) (20):

- Airear lo que nos cuenta la mujer sin su consentimiento.
- Poner etiquetas: *¿es usted maltratada?*
- Moralizar o sermonear: *cómo es que has aguantado tanto, parece mentira.*
- Minimizar la importancia de la violencia. *No será para tanto.*
- Expresar indignación por la agresión. *¡Qué barbaridad! ¡A lo que has llegado!*
- Insinuar que la paciente es responsable. *No será que tú...*
- Recomendar terapia de pareja.
- Dirigir a la mujer a dejar la relación. *Tienes que separarte*
- Tomar parte y hacerlo todo por la mujer. Actitudes sobreprotectoras.
- Expresar deseos de venganza ni reacciones de descontrol.

Es necesario considerar, en el caso de atención a lesiones agudas, que la mujer sufre lo que llamamos “*Síndrome del paso a la acción retardado*” (20), es decir un bloqueo emocional ante la vivencia de un hecho violento que impide su verbalización y aún más ponerlo en relación con todo el proceso de malos tratos global que padece.

- Abordaje psicológico

Los focos para el correcto abordaje psicológico de la mujer que sufre malos tratos serían (20):

- **Creencias y actitudes previas.** Conocer, discutir y contrarrestar estas creencias en cuanto a la asunción de las “obligaciones” del rol femenino. Ayudar a la mujer a que reconozca el condicionamiento que sus creencias pueden tener sobre su conducta, y

a que ponga en relación la procedencia de estas creencias con situaciones sociales o familiares aprendidas.

Objetivo: la autonomía personal y la responsabilización del propio cuidado.

Pueden emplearse técnicas de reevaluación cognitiva: explicar las reacciones y el proceso vivido-> discutir racionalmente las ideas erróneas-> resituar el acontecimiento traumático-> reorganizar el futuro (9).

- **Autoestima.** Abordar la desculpabilización explorando las ideas de la mujer respecto a los desencadenantes de la violencia y su capacidad de control. Explicar que la responsabilidad de la violencia está en quien la ejerce y en razones del entorno económico y social.

Objetivo: potenciar la auto-aceptación.

Pueden emplearse técnicas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento de progresiva dificultad y recompensa creciente. Hay que trabajar específicamente la capacidad de tomar decisiones.

- **Aislamiento.** El refuerzo de las redes de apoyo naturales de la mujer, evitando el aislamiento puede requerir un entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación mediante pautas graduales.

Las terapias de grupo pueden facilitar la intervención psicológica integral (9) procurando grupos homogéneos en características demográficas, circunstancias del maltrato y estado psicológico de las víctimas.

En el tratamiento de las víctimas de violencia doméstica hay que considerar los factores que influyen en el proceso de recuperación (9):

- Duración de los trámites de separación.
- Resoluciones judiciales: custodia, pensiones, régimen de visitas.
- Actitud de la pareja: contenciosos respecto a la custodia, falsea miento de ingresos reales, intento de invalidar la capacidad de la mujer.

Está formalmente contraindicada la terapia familiar (2) si puede abordarse la separación del causante de malos tratos y su tratamiento (6).

Existen también alternativas de tratamiento para el agresor (9) útil en aquellos casos en que el maltratador es consciente de su problema y se muestra motivado a modificar su comportamiento violento. Se considera que el encarcelamiento de los agresores no es suficiente para acabar con el problema social de la violencia familiar. Hay que considerar esta alternativa en un tercio de casos de mujeres que deciden continuar con sus parejas (9). Cuando el maltratador pide ayuda suele estar en la fase final de su relación y generalmente la más verdadera motivación para el tratamiento es convencer a la pareja para volver a la relación. Sólo la mitad de agresores que inician tratamiento lo terminan (9) debido a esta falta de motivación real para el cambio. Es regla de oro del tratamiento hacerlo de forma individualizada y separada de la mujer.

- Información de Recursos

Los profesionales en contacto con mujeres víctimas de sospecha o certidumbre de malos tratos y/o agresiones sexuales, deben poner a disposición de la mujer los recursos sociales existentes, por escrito e informando de sus características (horarios de funcionamiento, lo que pueden ofrecerle).

- Seguimiento

Es importante que no se pierda ni uno solo de los casos de malos tratos atendidos y en especial los casos agudos, desde todos los aspectos: clínico, psicológico y socio-familiar. También se ha de tener en cuenta el seguimiento clínico del daño físico y psicológico.

CASOS OCULTOS Y OCULTADOS:

- Técnicas para la detección de casos por el trabajador o trabajadora social

- Historias de la vida

Relatos sobre el pasado de la vida del entrevistado con el objetivo de elaborar y transmitir una memoria personal o colectiva que hace referencia a las formas de vida de una comunidad en un periodo histórico concreto. Este relato del pasado vital supone una elaboración personal y subjetiva que devuelve a la persona el protagonismo de la historia y la participación en la recreación del pasado. Aunque es un testimonio individual, comporta expresión de espacios, situaciones y circunstancias colectivas y sociales que cobran un valor testimonial (22) (38).

- Escalas: Cuestionario de malos tratos psicológicos a mujeres: Cuestionario PMWI (39).
- Preguntas directas

Está demostrada que el mejor método para preguntar acerca de los malos tratos es hacerlo directamente, sin rodeos y con naturalidad. Es el mismo sistema que para preguntar acerca de aspectos como la ideación suicida o problemas sexuales: la mujer se manifestará aliviada si, verdaderamente, sufre esta situación, aunque no la reconozca abiertamente en ese momento (ya sabe con quién puede hablar de este asunto) y si no se trata de lo que sospechamos no se sentirá ofendida sino agradecida por nuestro interés en ayudarla. En este asunto los profesionales lo “pasamos peor” que los pacientes.

Propuesta de preguntas (17): Violencia actual:

- *¿Tiene alguna relación ahora dónde sienta miedo, o donde alguien le esté amenazando, hiriendo o forzando sexualmente o intentando controlar su vida?*
- *¿Cuándo discute con su pareja, cómo suele reaccionar él?*
- *¿Existe entre su pareja y usted una relación de igualdad y respeto o por el contrario hay establecido algún tipo de mando o poder por parte de su pareja?*

Violencia en el pasado:

- ¿Desde que es adulto ha sido alguna vez víctima de violencia como por ejemplo una agresión o ataque sexual?
- ¿Ha tenido alguna vez alguna relación donde su pareja le haya herido, amenazado o forzado sexualmente?
- Cuando era niño o adolescente ¿alguien le hirió físicamente, forzó o le maltrató psicológicamente?

Ejemplos de preguntas (20):

- ¿Discute a menudo con su marido? ¿Qué ocurre cuando discuten?
- ¿Cuándo no está de acuerdo con su marido suele amenazarla de alguna manera?
- ¿Es celoso su marido? ¿Son los celos uno de los problemas de pareja que más le preocupan?
- ¿Suele su marido vigilar y controlar sus movimientos? ¿Le acusa de tener alguna relación con otra persona sin motivo alguno?
- ¿Cuándo su marido se enfada con usted suele romper las cosas que usted valora, como por ejemplo fotos familiares, su ropa o golpea a su perro o gato?
- ¿Cuándo su marido pierde el control qué hace? ¿Le suele tirar cosas o amenazarle?
- ¿Quién marca las reglas? ¿Qué ocurre cuando usted no cumple las reglas?
- ¿Cuándo discuten suelen terminar a golpes, empujones o bofetadas?
- ¿Su marido alguna vez ha usado los puños o algún arma para golpearla?
- ¿Su marido suele forzarla a mantener relaciones sexuales aunque usted no tenga ganas?
- ¿Ha llamado alguna vez a la policía?
- ¿Cómo es su vida social? ¿Tiene usted amigos?
- ¿Quién controla la economía en su casa?

- Información pública en 105 centros de salud

Se establece en forma de carteles en las salas de espera de centros sanitarios empleando mensajes educativos e informando directamente de teléfonos de emergencia y direcciones a las que dirigirse. Funcionan a modo de elemento informativo indirecto y tienen además el mensaje de que «en este lugar se puede hablar de este tema».

- Actuación según la etapa de cambio psicológico de la víctima

1. No tener en cuenta. Las mujeres que están en esta fase corresponderán con alta probabilidad al grupo de casos ocultos y ocultados. En esta fase la intervención debe ir orientada, ante la sospecha, a la empatía y a establecer una buena relación con la mujer, de forma que sepa que «puede contar con nosotros». Deben evitarse los señalamientos durante la entrevista como «mujer maltratada», etiqueta de la que huirán,

probablemente por la dificultad de reconocerse en esa situación.

También es de utilidad tener en el centro información mediante carteles o folletos sobre el tema.

Debe registrarse en la historia clínica esta sospecha a fin de que cualquier otro profesional pueda valorar los síntomas que presente en el contexto de su problemática y pueda llegar donde nosotros no.

2. Darse cuenta. En esta etapa es fundamental la entrevista clínica de detección: la mujer está preparada para hablar y se cuestiona su situación. La valoración de los recursos de apoyo social informal y el fortalecimiento de estos es vital para el pronóstico. Además, deben ofertarse todos los recursos formales de que dispongamos según cada caso. Es fundamental en esta etapa que el profesional no tenga prisa con respecto a las decisiones de la mujer. Son frecuentes los cambios de opinión, las contradicciones y el «dejarnos en la estacada», pero estas actitudes no son más que manifestación de la fuerte lucha interior que mantiene la víctima.

3. Encontrarse a sí misma. Es en esta etapa donde pueden tener más utilidad los recursos grupales y el apoyo psicológico profesional a la víctima que debe reconstruir su futuro. La incorporación laboral y el cuidado de los hijos son dos focos de interés preferente de cara a la recuperación de la mujer. Debemos evitar en esta etapa, con más rigurosidad que en otras, la toma de medicación sedante, porque nada perjudicaría más al proceso de recuperación que la dependencia de sustancias psicoactivas.

4. Salir adelante sola. La continuidad asistencia l que caracteriza a la atención primaria permitirá seguir el proceso individual y familiar de recuperación de la mujer. Nuestro papel debe ser el seguimiento más a distancia que en otras etapas, la coordinación con todos los agentes que participan en el caso y la disponibilidad, permaneciendo al mismo tiempo lejos y cerca de la víctima.

En las entrevistas es importante permanecer dispuesto a hablar del tema, pero sin recordar constantemente a la mujer la situación que ha vivido. En estos casos se realizan también la valoración de seguridad de la víctima, el parte al juzgado, el seguimiento.

5.3.-INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA SOCIAL EN LA PREVENCIÓN:

- EN LOS PROGRAMAS DE SALUD

En el ámbito de atención primaria se propone introducir en los programas preventivos que ya se desarrollan programas de prevención de la violencia doméstica con la siguiente orientación (1):

- Destrucción de mitos y estereotipos.
- Concienciación de la violencia doméstica como problema social.
- Creación de recursos comunitarios que respalden a las víctimas.

- Programas de formación para profesionales para evitar la victimización secundaria.

Los programas de salud donde pueden incluirse contenidos educativos respecto a la violencia doméstica serían prioritariamente los siguientes: Planificación Familiar, Tarde Joven, Control de Embarazo, Educación Maternal, Salud Escolar, Salud Infantil.

- ESTRATEGIAS COMUNITARIAS

Se han propuesto Estrategias comunitarias útiles para la reducción del nivel general de violencia en la familia y en la sociedad (4) (6) (11):

- Reducción del consumo de alcohol y drogas.
- Restricción del acceso a armas.
- Disminución de la marginalidad y la pobreza.
- Aumentar el acceso a atención socio-sanitaria integral a colectivos de mayor riesgo.
- Colaboración intersectorial para crear lugares seguros en la comunidad.
- Modelo educativo igualitario. Educación no sexista.
- Igualdad de oportunidades para las mujeres.
- Desterrar la consideración de la violencia como forma de relación.
- Aumentar la conciencia social y la repulsa ciudadana a los malos tratos: conseguir la «Tolerancia O» hacia la violencia doméstica.

Se trataría de propiciar un cambio social donde la relación interpersonal dentro y fuera de la familia estuviera fundamentada en el respeto y la dignidad de las personas y no en el ejercicio del poder y el abuso. El entendimiento de los malos tratos como un problema social nos lleva también a la reflexión de que no es posible terminar con la violencia doméstica desde una perspectiva estrictamente policial “se trata no tanto de que el castigo corresponda al delito, como de que la prevención corresponda a la causa.” (1)

Como se recoge en la Propuesta para la creación de la unidad de atención socio-sanitaria del Distrito Sanitario Málaga, las funciones básicas de los TS en el Sistema Sanitario de Atención Primaria son las siguientes (40):

- *Fomentar y coordinar la participación y el trabajo comunitario, tanto la participación formal a través de órganos establecidos al efecto, como la participación cotidiana en 105 problemas de salud a través de la implicación de las distintas entidades comunitarias en la responsabilidad sobre la salud.*
- *Establecer canales de coordinación intersectorial para el abordaje integral de 105 problemas de salud.*
- *Prestar atención individual y familiar a 105 problemas sociosanitarios, informando sobre 105 recursos propios y ajenos al Servicio de Salud, a fin de incrementar las posibilidades de elección real e informada de 105 ciudadanos, haciendo especial hincapié en el respeto a 105 derechos como usuarios del SAS.*

- Conocer las necesidades y las demandas de 105 usuarios con respecto al Sistema Sanitario a fin de poder adecuar las carteras de servicios a las mismas.

Uno de los principales objetivos del trabajo social (41), recogidos en el actual Plan Andaluz de Salud, es *Intervenir siguiendo la estrategia de riesgo para disminuir las desigualdades sociales* y así asegurar entre otros, el principio de equidad que prioriza, en este sentido, la atención socio-sanitaria a aquellas personas, familias, grupos que más lo necesiten.

Desde las Unidades de Trabajo Social de cada centro sanitario, se aporta la dimensión psicosocial a los problemas de salud, ofertando atención socio-sanitaria a la población adscrita al mismo interviniendo preferentemente en los casos que requieran la aplicación de Estrategias de Riesgo, a fin de disminuir las desigualdades sociales.

Entre sus actuaciones, está la de aplicar la técnica de la Estrategia de Riesgo, valorando su situación y determinando la posible intervención, siempre en coordinación con los profesionales sanitarios y con las distintas entidades (públicas y privadas) que al igual que Salud, tienen competencias en el grave problema de los malos tratos. Así, mediante la atención individualizada y familiar de estas personas, el Trabajador Social ha de conocer la situación sociofamiliar del agredido o agredida, los posibles factores de riesgo del agresor, el estado de salud de la víctima, las alteraciones psicológicas y su capacidad de generar respuestas frente a estos hechos. Por tanto, el objetivo general de la intervención sociofamiliar del Trabajador Social de un centro de salud, a las víctimas de violencia doméstica, consiste en priorizar la detección y captación precoz de las situaciones de riesgo de malos tratos, para que no deriven en situaciones más graves de riesgo para la salud, tanto física como psíquicamente y aplicar las actuaciones urgentes ante los malos tratos manifiestos.

5.4.- AUTOPROTECCIÓN DE LOS PROFESIONALES

La atención a víctimas de maltrato deja también secuelas entre el personal que les atiende. Es el fenómeno llamada *Victimización Indirecta* (6). Se trata de la experimentación de tensión psicológica con desilusión, desánimo, pérdida de la capacidad de compasión, percepción de inutilidad de las actuaciones de falta de éxito terapéutico y sensación personal de incompetencia e insuficiencia profesional. Se han determinado las señales o «avisos» de este desgaste: agotamiento físico, cinismo, irritabilidad, actitud negativa ante el trabajo, aumento de comportamientos rígidos e inflexibles, aumentos del consumo de alcohol o drogas, hipervigilancia, pesadillas. Este síndrome se presenta con mayor frecuencia en situación de falta de recursos y falta de sistemas de apoyo y puede considerarse semejante al síndrome de *Burn Out* o del “quemado”. Entre los mecanismos de producción destaca el excesivo compromiso con el trabajo, la excesiva identificación con un paciente en particular, confundir la identidad profesional y la personal. La victimización indirecta consiste en una reacción de desilusión y desánimo que experimentan los profesionales que trabajan con víctimas de malos tratos, en referencia a la “proximidad emocional” que supone trabajar con personas que viven situaciones extremas. A este fenómeno se ha llamado también *traumatización indirecta* y comprende una serie de alteraciones psicológicas entre las que destacan la tendencia a la depresión, el cinismo y la

pérdida de la capacidad de compasión ante los traumas personales. Produce aislamiento profesional, incapacidad de mostrarse empático y comprensivo, tendencia a la funcionalización del trabajo asistencial y sensación de fracaso terapéutico.

Para evitar las consecuencias de este síndrome, es fundamental conocer su existencia y sus manifestaciones y prevenirlo mediante medidas como la comprensión de las propias limitaciones (evitar la sobreimplicación) y compartir las experiencias con otros profesionales (evitar el aislamiento).

5.5.- INVESTIGACIÓN

Desde los equipos de atención primaria se debe avanzar en el conocimiento del fenómeno de los malos tratos y profundizar en sus circunstancias y en su génesis.

Por la convicción de que se trata de un problema social, deben incorporarse técnicas de investigación afín con la metodología de las ciencias sociales, empleándose técnicas como las propuestas a continuación, de las que ya existen experiencias en este campo:

- **Grupos focales.** Es una técnica de investigación social que consiste en reunir a un grupo determinado de personas y suscitar entre ellos una discusión sobre el tema de interés para la investigación. Esta discusión es conducida por un moderador, de acuerdo a un guión flexible y poco directivo con el objetivo de generar un discurso libre en el que los participantes expresen sus opiniones. Esta discusión es audio y/o video-grabada, realizándose posteriormente un análisis de contenido sobre la transcripción literal de lo grabado. No se trata de un grupo para la resolución de problemas o la toma de decisiones, sino que el objetivo fundamental es la obtención de información. En esta técnica es fundamental la interacción entre los participantes, es decir la influencia de unas personas sobre otras a través de sus comentarios y el curso de la discusión. Sirve más para generar hipótesis que para confirmarlas y el interés no es tanto la inferencia sino la comprensión de los fenómenos. La investigación mediante grupos focales consta de tres fases: diseño, realización de los grupos, análisis y redacción del informe de resultados (42)

- **Entrevistas.** Se trata de entrevistas individuales según diseño cualitativo, con muestreo mediante técnica de la “bola de nieve” y grabación de la entrevista para posterior análisis de contenido (23).

5.6- FORMACIÓN

Los profesionales de atención primaria están en una situación privilegiada para el diagnóstico de los malos tratos. La continuidad asistencial, la cercanía a las personas y a las familias, la confianza que se establece en las relaciones con los pacientes, componen un marco excepcional para descubrir la violencia doméstica. Pero para que esto se produzca es fundamental que exista un «entrenamiento» y capacitación de los profesionales que les lleve a «pensar» en los malos tratos como diagnóstico diferencial.

La formación debe orientarse por etapas:

- 1.- Romper el Silencio.
- 2.- Eliminar los mitos.
- 3.- Capacitar para la atención a las víctimas.
- 4.- Capacitar para la detección de casos.
- 5.- Capacitar para el tratamiento.
- 6.- Capacitar para la prevención.

TABLAS Y GRÁFICAS:

Tabla 1.

Número de denuncias según datos del Ministerio del Interior (9):

AÑO	Nº DENUNCIAS
1995	16.815
1996	17.097
1997	18.535
1998	20.043
1999	21.959

Tabla 2.

Número de denuncias según datos del Ministerio de Asuntos Sociales correspondientes a 1998 y primer semestre de 1999 (11):

	Total	Delitos	Faltas
Total nacional	21800	9122	21358
ANDALUCÍA	6639	1446	5193
ARAGÓN	560	249	311
ASTURIAS	838	282	556
BALEARES	571	267	304
CANARIAS	2436	932	1504
CANTABRIA	372	55	317
CASTILLA Y LEÓN	1348	275	1073
CASTILLA-LA MANCHA	929	245	684
CATALUÑA	3957	1425	2532
COMUNIDAD VALENCIANA	2899	902	1997
EXTREMADURA	681	130	551
GALICIA	1617	604	1013
MADRID	5296	1595	3701
MURCIA	1283	291	992
NAVARRA	162	68	94
PAIS VASCO*	422	270	152
LA RIOJA	122	22	100
CEUTA Y MELILLA	348	64	284

* Datos correspondientes sólo a 1998.

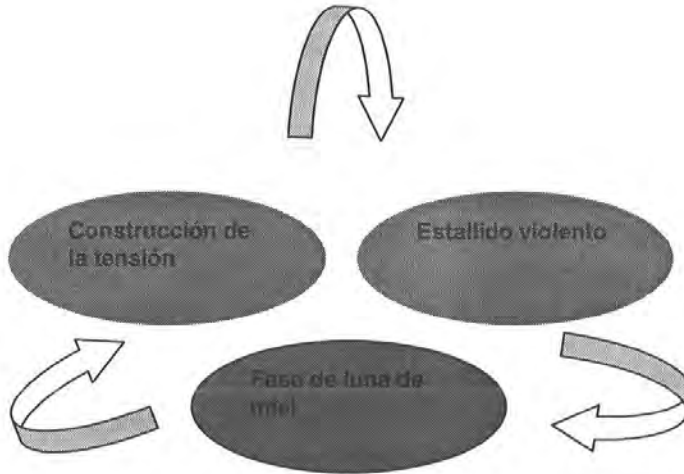
Tabla 3.

Círculo de la igualdad frente al Círculo de poder y control (FMC)

CIRCULO DE PODER-CONTROL	CIRCULO DE LA IGUALDAD
Intimidación	Comportamiento no amenazador
Coacción y amenaza	Negociación y equidad
Abuso económico	Asociación económica
Privilegios «masculinos»	Responsabilidad compartida
Uso de los niños como instrumento para ejercer mayor control	Paternidad responsable
Minimización, negación, culpabilización	Honestidad
Aislamiento	Confianza y apoyo, respeto
Malos tratos emocionales	

Gráfico 1.

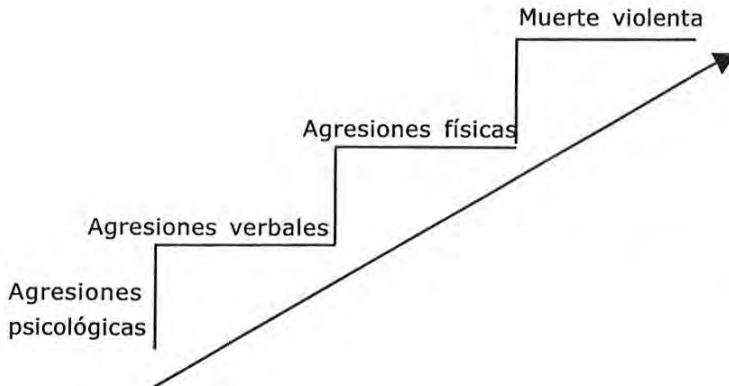
Ciclo de la Violencia



Diseño de las autoras

Gráfica 2.

Escalada de la Violencia



Estudio sobre Violencia contra Mujeres 1999.
Instituto Andaluz de la Mujer.

Figura 1.

Intervención priorizada a mujeres y niños residentes en la casa de acogida.



Diseño de las autoras.

BIBUOGRAFÍA

- 1.- Carmona LI, Jiménez ML. Malos tratos en mujeres. JANO 2000; 58: 61.63.8
- 2.- Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Plan de acción contra la violencia doméstica 1998-2000. Ministerio de asuntos sociales. Instituto de la Mujer. Madrid 1999.
- 3.- Cruz y Hermida J. Violencia doméstica femenina. El Médico 1999: 40-547
- 4.- Escudero M. Violencia de género en Andalucía. Index de Enfermería, 2000; 30: 9-11.
- 5.- Diva V, Tulía J. Violencia doméstica en Medellín (Colombia). Un problema que afecta a la salud de las mujeres. Index de Enfermería 2000; 30: 17-21.
- 6.- Baker NJ, Mersy DJ, Tuteur JM, Cline JM. La violencia en la familia. Monografía. AAFP Home Study Self Assessment. Versión Española. Barcelona, 1996.
- 7.- Suárez Rodríguez T, Mullor Abad A. Violencia psicológica: la parte sumergida del iceberg. Medifam 1998, 8: 34-42.
- 8.- Casasa Plana A. Violencia conyugal, importancia desde el punto de vista médico. Aten Primaria 1997, 19: 276-277.
- 9.- Sarasúa B, Zubizarreta I. Violencia en la pareja. Ed Aljibe. Málaga, 2000.
- 10.- Cobo Plana JA. Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual. Formularios y guía de exploración y toma de muestras. Ed Masson. Barcelona 1998.
- 11.- Arroyo A. Mujer maltratada: intervención médico-forense y nueva legislación. Aten Primaria 2000: 26: 255-260.
- 12.- Bayo Casanova M, Ruiz Cantero MT. A propósito del terrorismo familiar. Med Clin (Barc) 1999; 112: 757-758.
- 13.- Cobo Plana JA. Manual de actuación sanitaria, policial, legal y social frente a la violencia doméstica. Guión de actuación y formulario. Ed Masson. Barcelona, 1999.
- 14.- Domingo F. La violencia intrafamiliar. FMC, 2000 ; 7:205-208.
- 15.- Voces D, Real MA, Barajas MA. Atención a la mujer maltratada. FMC 1999; 6: 87-92.
- 16.- Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of women before, during and after pregnancy. JAMA 2001; 285: 1628-30.
- 17.- Moreno MA, Alcázar P. Abordaje de la violencia doméstica por el médico de familia. Ponencia XI Congreso Samfyc. Granada junio 2000.
- 18.- Aguilar L, Shaw Ma del M, Rojas E. Mujer maltratada: ¿por qué aguanta? TSDifusión 2000; 21: 14-15.
- 19.- Levington N. Una combinatoria compleja: dependencia afectiva y maltrato. Ponencia XI Congreso Samfyc. Granada junio 2000.

20.- Jiménez C, Lorente M, Perlado del Campo P. Rodríguez M. Instituto Andaluz de la Mujer. Violencia contra las Mujeres. Ámbito Sanitario. Ed Instituto Andaluz de la Mujer. Sevilla, 1999.

21.- Alonso A. La violencia en la familia. APySAM 2000; 3: 148-153.

22.- Velasco C. Castigadas a la soledad y el silencio. El maltrato psicológico también es violencia. Index de Enfermería, 2000; 30: 47-51.

23.- Tu lía J, Diva V. Del laberinto a la luz. El proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta. Index de Enfermería 2000; 30: 12-16. DTS . Documentos de Trabajo Social

24.- Marcos B- Violencia Doméstica. Ponencia XI Congreso Samfyc. Granada junio 2000.

25.- Franco E. Violencia contra las mujeres. Aspectos legales y jurídicos. Ponencia XI Congreso Samfyc. Granada junio 2000.

26.- Aguar M. Los profesionales sanitarios ante la violencia doméstica. Index de Enfermería, 2000;30:7-8.

27.- Guillén C. Traumatismo, violación de derechos humanos y reparación. FMC 1999; 6: 425-427.

28.- Mingote C, Torres FM, Ruiz S. Trastorno de estrés postraumático. FMC 1999; 6: 428-435.

29.- Morales MJ, Vargas EJ, Garcia A, Gil J, Parra JC, Borrás A. Análisis de las mujeres víctimas de malos tratos atendidas en una Zona Básica de Salud. Medicina General 2001; 34: 421-422.

30.- Ley Orgánica 14/99 de 9-VI de modificación del Código Penal en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. BOE 10-VI-1999, nO 138: 22251.

31.- Ley Orgánica 11/99 de 3D-IV de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal de 23 XI-1995. BOE 1-V- 1999, n° 104: 16099.

32.- Instituto Andaluz de la Mujer. Procedimiento de Coordinación para la Atención a las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales. Instituto Andaluz de la Mujer. Sevilla 1998.

33.- Aguar M, Delgado A. Montes M, Matas MJ, Jerez T, Duarte AJ. Los médicos de familia ante la violencia doméstica. Comunicación XI Congreso Samfyc. Granada 2000.

34.- Comisión técnica sobre maltrato. Guía de actuación en malos tratos y abusos sexuales. Distrito Sanitario Málaga. Junio 2000.

35.- Martín ML, Muñoz F, Blanca F. Atención sociosanitaria a mujeres maltratadas residentes en una Casa de Acogida. Centro de Salud, 2000; 8: 37-40.

36.- Vivancos D, Martín M, Muñoz F, Blanca F. Violencia en el hogar. Atención socios-

nitaria a niños residentes en una Casa de Acogida. *Pediatrica* 2000; 20: 77-81.

37.- Muñoz F, Martín ML. Mejora de la atención prestada a víctimas de violencia doméstica. Impacto de una intervención priorizada. *Atención Primaria* 2001; 28: NO 4; 241-248.

38.- Altea MA. La historia de Lucía. El relato de una mujer maltratada. *Index de Enfermería*, 2000; 30: 43-46.

39.- Alcázar P, Flores C, Vela F, Duarte AJ, Moreno M. Características sociodemográficas de las mujeres que cumplimentaron el cuestionario de maltrato psicológico. Comunicación XI Congreso Samfyc. Granada 2000.

40.- M.Luz Burgos Varo et al. -Propuesta para la creación de la unidad de atención sociosanitaria del Distrito Sanitario de Málaga. Ed.Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga. Documentos de Trabajo Social. 2001; 20:29-53.

41.- Circular 1/87 sobre Organización y funcionamiento de los trabajadores sociales en los centros de A. Primaria de Salud.

42.- González M, Urís J. Los grupos focales y su utilidad en el diseño de la calidad. En: Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria, Tomo III. Ed. DuPont, Madrid, 1997: 39-69.

43.- Ferrer E. Violencia contra las mujeres: movilización general (1). *JAN O* 2001; 61:93-94

VI Premio Científico

Año 2002

1.- Condicionantes patógenos en el entorno laboral del Sistema público de Servicios Sociales. La deficiente gestión de los recursos humanos.

José Antonio Jiménez Martín

Trabajador Social y

Técnico Intermedio en Prevención de Riesgos Laborales

Condicionantes patógenos en el entorno laboral del Sistema público de Servicios Sociales. La deficiente gestión de los recursos humanos

José Antonio Jiménez Martín

Trabajador Social y

Técnico Intermedio en Prevención de Riesgos Laborales

Resumen

Este artículo, surge de la propia experiencia personal y como necesidad de poner de manifiesto un nuevo tipo de enfermedad profesional que se viene dando en muchos ámbitos laborales, pero principalmente dentro de las instituciones públicas.

Se abordan someramente varias de las patologías más actuales: el Acoso Laboral (Mobbing), el Síndrome de Burnout y el Estrés; como desencadenantes o inductores de un ambiente hostil y desapacible en los lugares de trabajo. Se trata de poner de manifiesto, la escasa gestión de los recursos humanos que trabajan en Servicios Sociales, ya que, en definitiva, los “trabajadores de lo social”, son eso mismo, trabajadores asalariados, personas, que prestan su capacidad de trabajo en el marco de las instituciones que deben interrelacionarse bajo parámetros de modernidad laboral.

Se hace especial hincapié en el tema de “Mobbing Laboral”, como expresión más grave del deterioro o inexistencia de una adecuada gestión de recursos humanos, para pasar al síndrome del quemado o el estrés, que cohabitan en el complejo laberinto de las relaciones entre institución, usuarios y los propios trabajadores.

Por último, se trata de abrir este campo a la reflexión y el debate de los profesionales, ya que hasta ahora la bibliografía profesional en este sentido, es escasa o nula. Se habla de los Servicios Sociales hasta la saciedad y se olvida uno de sus pilares más importantes: “el trabajador de lo social” que desarrolla, en definitiva, la praxis diaria de las políticas sociales de Ayuntamientos, Diputaciones...

Un trabajador contento, es una herramienta engrasada, feliz y productiva, que trasvasa su actitud al trabajo diario. No debemos olvidar que no es una cadena de montaje, sino el día a día con la realidad, 105 problemas y las personas.

EL CONTEXTO SOCIO-LABORAL DONDE SE PRODUCE

Llegamos a pensar que trabajamos en un Sistema Público seguro, ordenado, con defectos asumibles, pero en progreso constante. Así es, de entrada, en el terreno de lo social, donde nos situamos los Trabajadores y Trabajadoras Sociales. Un sistema inconcluso, sumido en contradicciones que le permiten redefinirse asimismo y buscar alternativas. Plantearse el desarrollo de modelos teóricos y metodológicos, epistemología del Trabajo Social, análisis documentales, reflexiones en torno al objeto y desarrollo del trabajo social, los métodos de trabajo y, las necesidades de Políticas Sociales, que respondan a las demandas de los ciudadanos sobre las que recaen. Todo este conjunto de situaciones nos hacen ser lo que somos como Sistema Público: vivos y en crecimiento.

Preocuparse desde los diferentes ámbitos de la administración por mantener el proceso de mejora del sistema es encomiable; también es necesario, que los debates y conclusiones de los actores de lo social que trabajamos en el teatro de la calle, sean algo más que un compendio de buenas intenciones que emborrona la praxis diaria y genere literatura profesional escrita, tan escasa en Servicios Sociales.

Hasta aquí todo es normal, saludable, pedagógico y políticamente correcto. ¿Pero por qué reflexionar sobre este tema? Básicamente, considero que, es una cuestión de racionalidad y salud ambiental dentro del ecosistema laboral donde se mueven los trabajadores y, por eficacia, en el uso de los recursos humanos del propio sistema.

En este *“El avance que se ha producido en los Servicios Sociales durante las dos últimas décadas en nuestro país ha sido prodigioso, no sólo porque hemos pasado de su práctica inexistencia a la creación de amplias y complejas redes de servicios... las necesidades de los ciudadanos han ido evolucionando y creciendo de una forma progresiva, lo que ha obligado al sistema a responder, quizá, sin la planificación Y coordinación que hubiese requerido un Plan integrado de Servicios Sociales y sin la aplicación de los modelos de gestión más adecuados...”*.

La práctica nos demuestra que continúa como asignatura pendiente la gestión de los recursos humanos de los Servicios Sociales, si bien, la consolidación de los comunitarios y especializados, parece ya una realidad sólida en nuestro país.

Cabe preguntarse entonces, si los actores principales de los Servicios Sociales son sus trabajadores. Debería ser fácil entender, que de su buen estado de salud laboral y de unas condiciones psicolaborales idóneas, se desprenda un adecuado desarrollo de los diseños de las políticas sociales, se enriquezcan los roles profesionales y podamos hablar, bidireccionalmente, de calidad de vida (Ciudadano /trabajador). ¿En cuántos documentos y bibliografía se habla del papel de los trabajadores de lo social, de sus problemas, características y circunstancias laborales...? ¿A caso no son trabajadores Y trabajadoras?

Pero además, en el citado ecosistema laboral, se da una imperfecta pirámide de relaciones entre los distintos niveles, que puede generar, por circunstancias patógenas ajenas o propias del sistema, una serie de consecuencias negativas para el conjunto de los recursos humanos propios y, por contagio, a los usuarios e institución a la que se sirve.

Uno de estos elementos viciosos, es el denominado “Mobbing Laboral” (acoso u hos-

tigamiento dentro del ámbito laboral) que afecta a muchos trabajadores de lo social. ²“Es una realidad, cotidiana y poco conocida, presentada en forma de violencia psicológica en el trabajo, atentatoria contra derechos fundamentales de las personas, que ha sido fundamentalmente identificada en instituciones públicas.

Esta mayor predisposición y frecuencia de las organizaciones públicas, se vincula a su carácter más intensamente reglamentado, a su mayor grado de homogeneidad, al particular conservadurismo que continúa dominando sus estructuras y dinámicas de funcionamiento organizativo, así como a la especial intensidad del principio jerárquico.

En este tipo de lugares de trabajo, predominan las estructuras cerradas y, una cultura de gestión, que sigue considerando el poder y el control, como valores prioritarios para conseguir la eficacia de los trabajadores, frente a otros parámetros propios de las organizaciones de empresa, como la productividad, la eficiencia, la competitividad o, incluso, la racionalidad.

Son las instituciones públicas, a diferencia de las organizaciones privadas, las que deberían estar más fuertemente sometidas o vinculadas al principio de legalidad de sus actuaciones.” La realidad no parece ser así.

Este sometimiento exige, entre otras cosas, un exquisito respeto a la vigencia efectiva de los Derechos Fundamentales y las Libertades Públicas (Constitución Española y Estatuto de los trabajadores, Ley de Prevención de Riesgos Laborales, entre otras normas...), pero también, aunque esto le cuesta muchísimo más trabajo reconocerlo a la Administración, hacia sus empleados, que no son puros «servidores públicos», sino también trabajadores, personas... que por el ámbito y cometido de su trabajo, necesitan un entorno institucional gratificante, para que puedan dar lo mejor de sí.

LA REALIDAD

Diversos estudios realizados en Europa indican que la población afectada por “Mobbing” en todo el continente supone unos 12 millones de personas, lo que representa un 8,1 por ciento de la población activa; los afectados se reparten en un 7 por ciento hombres y un 9 por ciento mujeres.

En España ³“se calcula en torno a millón y medio de trabajadores que pueden padecer acoso moral y psíquico en el trabajo, lo que le cuesta a la sociedad unos 90 millones de Euros por bajas o invalidez profesional. Estos datos incluidos en un estudio de la Universidad de Alcalá han sido difundidos por la recién creada Asociación Vasca contra el Acoso Moral en el Trabajo.

Según se enumeraron, los sectores más afectados son la universidad, el mundo sanitario, la hostelería, empresas familiares, el ejército y, en general, las instituciones públicas (Ayuntamientos, Diputaciones...) en las que resulta más difícil echar a la víctima, que aguanta esta situación durante períodos de tiempo prolongados, o resuelve el conflicto temporalmente cogiendo una baja por depresión, invalidez o cambiando y dejando el trabajo”.

La construcción, el campo, la industria o el sector servicios cualquier ámbito, ya sea

rural o urbano, es susceptible de generar y padecer estas conductas de hostigamiento hacia cualquier trabajador.

DEFINICIÓN, CONSECUENCIAS E INDICADORES DEL “MOBBING LABORAL”.

Del mismo modo que el maltrato familiar trae consecuencias físicas y psíquicas, el amedrentamiento laboral es la causa un apreciable número de las bajas laborales que se producen, mimetizadas de una u otra forma: depresiones, cuadros ansiosos, estrés y cefaleas.

El maltrato laboral está siendo estudiado por primera vez en nuestro país, por Catedráticos de Psiquiatría como el profesor Díaz de Rivera, y otros.

Desde la Organización Internacional del Trabajo, hasta el Defensor del Pueblo Europeo, lanzan sus recomendaciones para prevenir el acoso laboral. En España, actualmente, se están preparando varias Proyectos no de Ley para regular el acoso, además de algunas sentencias judiciales dictadas en este sentido.

“En la víctima de maltrato laboral, son comunes los sentimientos de ira y rencor, y deseos de venganza contra el agresor o agresores. En general, puede decirse que la salud social del individuo se encuentre profundamente afectada, pues este problema puede distorsionar las interacciones que tiene con otras personas e interferir en la vida normal y productiva del trabajador.”

La salud de éste se verá más afectada cuanto menores apoyos efectivos encuentre (personas que le provean de afecto, comprensión consejo, ayuda...) tanto en el ámbito laboral como fuera de él.

La conducta lógica de un trabajador sometido a una situación de “Mobbing” sería el abandono de la organización, sin embargo, en muchos casos éste no se produce debido, a la difícil situación del empleo en la economía actual.

El entorno social y familiar del afectado padecerá las consecuencias de tener una persona cercana amargada, desmotivada, sin expectativas ni ganas de trabajar, y que sufrirá posiblemente algún tipo de trastorno psiquiátrico, grave o leve según la personalidad de la víctima y otros aspectos del ambiente hostil.

Los conflictos con el cónyuge o sus hijos, pueden ser frecuentes como reacción-agresión, ante su entorno laboral y la imposibilidad de dar salida a sus sentimientos. Para la comunidad, no hay que menospreciar las consecuencias que a este nivel se producen: la pérdida de fuerza de trabajo, costes de ILT...

Abundando en el “Mobbing Laboral”, en este, debe darse una relación jerárquica, pero no tiene porqué ser necesariamente así (entre compañeros sería también posible), puede ser de experiencia adquirida o antigüedad en la empresa. Desde el punto de vista psicosocial, otros elementos son necesarios para completar las circunstancias en las que se desarrolla el síndrome.

1- En primer término: la presencia de una persona que asuma el papel de perseguidor

principal, investida de la suficiente autoridad o carisma, como para movilizar las dinámicas grupales de acoso. Su personalidad, puede presentar, una peculiar combinación de rasgos narcisistas y paranoides, que le permiten autoconvencerse de la razón y justicia de su actividad destructiva.

González de Rivera⁵ la describe como **mediocridad inoperante activa** “un trastorno de la personalidad caracterizado por exacerbación de tendencias repetitivas e imitativas, apropiación de los signos externos de creatividad y el mérito, ansia de notoriedad y, sobre todo, intensa envidia o mediocridad no asumida, por lo que procura destruir por todos los medios a su alcance cualquier foco de resistencia: nunca se equivocan, perdonan a la víctima, actúan así por el bien, no refuerzan lo bien hecho y necesitan dejar claro quien manda.”

CONDUCTAS DE PSICOTERROR LABORAL:⁶

¿Quién no ha sido “víctima” alguna vez?

Ataques al trabajador con medidas de organización:

- El superior restringe al afectado las posibilidades de hablar o de defender su postura cuando se discute un conflicto.
- Cambiarle de mesa, de departamento o incluso de oficina, con ánimo de separarle de sus compañeros o colaboradores más cercanos.
- Prohibir a los empleados que hablen con él.
- Obligarle a ejecutar tareas que vayan en contra de su conciencia.
- Juzgar de manera ofensiva su desempeño en la empresa.
- Asignarle misiones sin sentido, innecesarias, muy por debajo de su formación y capacidad, o con clara intención de humillar.
- Encargarle trabajo en exceso, difícil o imposible de realizar.
- Privarle de la realización de cualquier tipo de actividad u ocultarle las herramientas necesarias para llevarla a cabo.

Ataques a las relaciones sociales de la víctima, con aislamiento social:

- Rehusar la comunicación con una persona a través de gestos y miradas.
- No dirigirle la palabra.
- Tratarla como si no existiera (ignorarla de forma radical).

Ataques a la vida privada de la víctima:

- Críticas permanentes a su forma de vida.
- Terror telefónico.
- Hacerle parecer estúpida.

- Darle a entender que tiene problemas psicológicos.
- Mofarse de sus discapacidades.
- Imitar gestos, voces y otras cualidades propias de esta persona no como una broma, sino como burla.

Ataques a las actitudes de la víctima:

- Ataques a sus creencias políticas o religiosas, o a su reputación profesional.
- Mofarse de su raza o nacionalidad.

Agresiones verbales:

- Gritar, insultar, amenazar, etc.
- Acusar a una persona en público de conductas falsas, para crear animadversión contra ella.
- Criticar o menospreciar su trabajo en presencia de los compañeros o compararlo con otro supuestamente mejor.

Rumores:

- Hablar mal a espaldas de la víctima.
- Difundir rumores sobre ella, sean ciertos o no.

2 - El segundo aspecto se relaciona con la colaboración y permisividad del resto del personal de la organización. La persecución psicológica se desarrolla en medio de un sorprendente silencio e inhibición de los observadores, que, aunque conscientes del abuso e injusticia de la situación, se abstienen de intervenir, sea por complicidad implícita con el plan de eliminación del acosado, sea para evitar convertirse ellos mismos en objeto de represalia.

La indiferencia e indefensión del trabajador / víctima, es el sentimiento más corrosivo del acoso. Exponerlo a la Dirección de su Centro, Delegado Sindical, Jefe de negociado de RR.HH, etc., y obtener por respuesta, la inhibición o el silencio del conjunto de cómplices activos del psicoterror laboral, provoca un agudo sentido de soledad y en una fase más grave, un sentimiento de identificación con el agresor, ya que nadie parece darle apoyo; llegándose a cuestionar si realmente no se merece lo que le está pasando, ya que nadie parece ver nada, salvo la propia víctima.

No obstante, debemos distinguir entre comportamientos necesarios de cualquier organización para regularse (jerarquía, división del trabajo, desempeño, buena fe...) y los que entran dentro del "Mobbing". Es decir, una comunicación hostil o una muestra de agresividad pueden ser un indicio de un conflicto puntual y no comportar mayores consecuencias para el trabajador: es la repetición sistemática de tales comportamientos, durante un tiempo prolongado, la que causa los efectos patológicos.

A la luz de lo anterior, el profesor Heinz Leymann, nos dice: "en las sociedades industrializadas, el entorno laboral es el único campo de batalla en el que es posible matar a

alguien sin ser juzgado. Y el <Mobbing> no es más que matar laboralmente, en primer lugar, y socialmente después”.

El “mobbing laboral” es un círculo vicioso. Una vez iniciado el acoso el proceso se retroalimenta del miedo que la víctima siente ante el agresor; ver al acosador desencadena, tensión o ansiedad; ver a la víctima, genera desprecio, prepotencia y agresión. Es muy importante romper este círculo vicioso antes que la ansiedad y el estrés provoquen daños irreparables en el trabajador.

ORÍGENES DEL “MOBBING”:⁷

1.- **Factores de riesgo psicosocial** en el entorno relacional de trabajo y en una inadecuada gestión de los conflictos interpersonales por parte de los superiores. Supervisión y trato recibido, relación con el Jefe, subordinados y compañeros, clima de grupo...

2.- **Factores de riesgo por la organización del trabajo:** presiones y carga de trabajo, sistemas y procedimientos de trabajo, contenido de las tareas y definición de las funciones y responsabilidades.

3.- Factores de desarrollo:

- **Fase de aparición del conflicto:** ataques suaves, pequeñas situaciones sin apariencia agresiva.

- **Fase de instauración del “Mobbing”:** se intensifican las conductas violentas o agresivas (comentarios, gestos, agresividad de comunicación no verbal, etc.).

- **Fase de intervención de la empresa:** después de un período de tiempo, la empresa (RR.HH, Comité de Salud laboral, Servicio de Prevención, etc.) actúa, aunque generalmente tarde y mal.

- **Fase de marginación o exclusión de la vida laboral:** se llega a un diagnóstico de carácter psicopatológico que debe ser tratado. La víctima abandona la vida laboral después de sucesivas bajas, en muchos casos disfrazadas de depresiones sin causa aparente, o solicita traslados de puesto de trabajo.

EL BURNOUT “SÍNDROME DEL QUEMADO” PROFESIONAL.

Como ya habíamos referido, una consecuencia del “Mobbing” puede ser la pérdida de interés por el trabajo, menosprecio hacia sí mismo, baja autoestima, etc. De entrada, produce un cierto alivio pensar que la mala situación que padece el trabajador no es fruto de su incapacidad o torpeza profesional, sino que se incardina en lo que se puede denominar como “enfermedad profesional”, con un origen ambiental o generado por conductas de terceros con autoridad, pero sin capacidad de gestión de los recursos humanos.

El concepto de autoridad, debe serlo tanto en el terreno moral, como profesional. Un

jefe tiene que ser un referente, un profesional que inspire confianza, seguridad y capacidad. La autoridad a secas es un atributo que genera rechazo y, más aún, si se ejerce con dudosos estilos de mando.

El “Burnout”, en sentido literal significa estar quemado. Muchas veces lo hemos oído en profesionales de lo social, asumiéndose coloquialmente a modo de gran excusa. Los síntomas principales del “Burnout” se agrupan en tres categorías:⁸

- **Cansancio emocional:** que se traduce por agotamiento físico y psíquico, abatimiento, sentimientos de impotencia y desesperanza, desarrollo de un autoconcepto negativo y actitudes negativas hacia el trabajo y la vida en general.
- **Evitación y aislamiento:** traducido en absentismo laboral, ausencia de reuniones, resistencia a enfrentarse con personas o atender al público.
- **Actitud emocional:** que se vuelve fría, distante, despectiva, y aparece un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional, con deterioro progresivo de su capacidad laboral y pérdida de todo sentimiento de gratificación en el trabajo.

El “Burnout” produce actitudes negativas hacia los usuarios de los servicios, traducido en irritabilidad hacia ellos, despersonalización en las relaciones, incapacidad de enfrentarse a los problemas y sensación generalizada de descontento con su vida profesional e incluso personal.

Los casos de “Burnout”, muchas veces son achacados a situaciones muy generales o justificadas como normales en cualquier trabajo, cuando en realidad, puede estar existiendo todo un conjunto de experiencias negativas hacia el trabajador.

Pero debemos dejar patente que el “Burnout” no tiene por qué ser directamente generado por el “Mobbing”, puede convivir con éste, ser una consecuencia, secuela o tener su origen en la realidad del trabajo humano que se realiza, sin que medie agresión u acoso, como se da en el “Mobbing Laboral”.

Lo que sí parece estar claro, es que las ramificaciones del acoso laboral se hunden en el terrero de “Burnout”, el estrés, la depresión y otros trastornos psicopatológicos que no se están trabajando desde el Sistema Público de Servicios Sociales, más preocupado por construir y ofrecer servicios, que en cuidar los recursos humanos, que trabajan el día a día de la realidad social.

EL ESTRÉS LABORAL: REFLEJO PSICOSOMÁTICO DEL ECOSISTEMA LABORAL

Sin lugar a dudas las malas relaciones personales en el trabajo representan una fuente de estrés laboral. ¿Esta afirmación es exagerada?

El ámbito del estrés laboral es muy amplio, puesto que comprende:

- 1.- Lo que el **trabajador hace** en su puesto de trabajo.
- 2.- Las **condiciones de trabajo** en que se realiza la actividad laboral (física, psíquica, relacionales, etc.)

3.- Lo que el **trabajador es** (capacidades, aptitudes, aspiraciones y experiencias)

4.- La **vida extralaboral** del trabajador.

Al estrés, no se le puede definir solo en función del trabajo; sino que tenemos que observar toda la vida del trabajador, como individuo, como persona y como profesional, sin olvidar las condiciones de vida laboral en la que se mueve.

El estrés: “es el estado de fatiga física y psicológica de un trabajador, provocado por exceso de trabajo, pero también por exceso de desórdenes emocionales, ansiedad, miedo, etc.”

Factores de relación entre salud y trabajo. Desencadenantes de estrés laboral:

- 1.- Factores intrínsecos al propio trabajo.
- 2.- Factores procedentes del desempeño de roles en la empresa (organización).
- 3.- Factores procedentes de las relaciones interpersonales.
- 4.- Factores relacionados con el desarrollo y posibilidades de promoción profesional.
- 5.- Factores procedentes de la estructura y clima organizacional.
- 6.- Factores extraorganizativos. (vida personal, características de personalidad...)

Las diferencias individuales: “Cada trabajador es Único. Frente a su realidad”

El estrés aparece también cuando las habilidades de las personas, sus capacidades, son incongruentes con la demanda del entorno laboral y con las exigencias de la tarea, o cuando el trabajador encuentra fuertes impedimentos para conseguir la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus valores más importantes.

En resumen, se podría definir como el desajuste del binomio persona / entorno. No todos los individuos reaccionan de la misma manera a situaciones iguales. La personalidad del trabajador y las circunstancias sociales influyen en el tipo de respuesta que da éste y los comportamientos que realiza ante determinadas situaciones que para él resultan estresantes.

Es fácil usar la tópica expresión de «los problemas personales hay que dejarlos fuera del trabajo» ¿Pero qué ocurre cuando el trabajo (ambiente, jefes, compañeros, etc.) es el foco del problema?

Por último, y para no ser extenso debemos citar el “Acoso Sexual”, como otro importante factor desencadenante de “Mobbing Laboral” y que supone un motivo de grave riesgo patógeno para el trabajador. ⁹Los costes del acoso sexual son absentismo laboral, (común al “Mobbing” y “Burnout”) y un clima laboral malo por toda la carga emocional y física que este tipo de agresiones comporta en el medio laboral.

CONSECUENCIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES.

¿Quiénes desarrollan las políticas sociales? Sin lugar a dudas un amplio abanico de

profesionales (Trabajadores Sociales, Psicólogos, Educadores, Pedagogos, Abogados, Administrativos...) subordinados dentro de una estructura jerárquica, descentralizada y con competencias multiformes según su ámbito de gestión rural o urbano.

En definitiva, los pies y las manos del sistema público, son esos profesionales que recorren las calles de nuestros pueblos: atienden en el Centro de Servicios Sociales, visitan a Domicilio, van al Centro de Día, organizan una charla, apoyan una Asociación de Autoayuda, gestionan derechos de los ciudadanos (AEF, AES, PNC, etc.).

Desde el ámbito de los Servicios Sociales, actuamos para la Comunidad, el grupo y los individuos en sus diversas formas de desarrollo y problemáticas, sin recabar en la salud laboral, ni por asomo, de los profesionales que desempeñan esta importante labor. El sistema de bienestar social se contradice a sí mismo, al desatender los recursos humanos, de su propia organización ofertadora de servicios y gestora de prestaciones.

Este sistema se ocupa de los demás, mientras los propios recursos humanos están desatendidos. Es cierto que se paga por el trabajo que se realiza, pero no lo es menos, que una organización que optimiza su personal, funciona más y mejor.

El medio natural del Trabajo Social, está enmarcado por:

- Unas condiciones de trabajo inestables (temporalidad versus indefensión laboral).
- Municipios rurales pequeños con escaso nivel de servicios.
- Carencia de medios materiales, infraestructuras y financiación adecuada.
- Falta de una estructura de servicios que garanticen la eficacia de la gestión integral que realizan los Trabajadores y Trabajadoras Sociales (escasez de Centros de día, plazas de residencia, ayuda a domicilio, teleasistencia, programas de empleo para colectivos desfavorecidos...)
- Escasa receptividad institucional ante las quejas o demandas técnicas.
- Estructuras jerárquicas burocratizadas.
- Exigencias hacia los trabajadores de lo social de resolución de problemas, sea como sea. Es decir, el Trabajador Social como recurso multiuso, pantalla refractaria.
- Un medio social insolidario, con graves injusticias, escasos recursos y un alto nivel de exigencia de soluciones mágicas.

¿Quién controla, supervisa o atempera estas situaciones? Progresar en el terreno de las políticas sociales con este lastre es complejo. Generalmente nunca se habla de estos temas, ya que todo lo vergonzoso de cualquier sistema tiende a situarse bajo la alfombra; mientras pregonamos las excelencias de los servicios y programas sociales.

No obstante, la **Ley de Prevención de Riesgos Laborales** de 1995, comienza tímidamente a tomar el control de este panorama de despropósitos en la gestión pública de los recursos humanos. Con el desarrollo de la citada ley, las empresas están obligadas en función del número de trabajadores a disponer de servicios de prevención, propios o ajenos.

Hablar de la ley y sus aspectos más destacados, abriría otro apartado en este artículo; sin embargo, la vinculación con el tema que nos ocupa es total y no debemos perderlo de vista, ya que están íntimamente unidos, aunque hasta el momento su relación este muy lejos de ser mínimamente cordial.

Algunos aspectos de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995:

Art. 4-3 LPRL Definiciones.

“Se considerará como daños derivados del trabajo las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo”.

Art. 4-2 LPRL

“Se entenderá como riesgo laboral la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo”.

Art. 14. “Derecho a la protección frente a los riesgos laborales”.

Art. 14-2 “...el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo...”

Art. 15 “Principios de la acción preventiva... evitar los riesgos... evaluar los riesgos... combatir los riesgos en su origen... adaptar el trabajo a la persona..., etc.

Art. 25 “Protección de trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos”.

Art. 42 “Responsabilidades de los empresarios... y otros... “en entorno Servicios Sociales. La deficiente gestión de los recursos humanos.

De la lectura de la ley, se constata que los empleadores deben asumir la protección de la salud de sus trabajadores y, por lo tanto, se impone una revisión global de los modelos de gestión de los RR.HH de las empresas (Ayuntamientos, Diputaciones, Servicios Sociales Especializados, etc.), que hasta el momento se basan en un modelo burocrático jerarquizado, alejado de estándares empresariales de calidad de los recursos humanos (eficacia, promoción, adaptación de las características personales al desempeño de las tareas, etc.).

ACTUACIONES Y PREVENCIÓN.

La evolución social, empresarial, política y tecnológica puede provocar todo un conjunto de elementos nocivos para el ambiente de trabajo, cuando una sociedad da mayor relevancia a los factores económicos, administrativos y políticos que a los factores humanos. En la mayoría de los casos el “Mobbing”, principalmente, aparece porque no existen canales de comunicación eficaces en la organización. Las consecuencias se hacen extensible tanto al trabajador como a la propia institución, comunidad y usuarios de nuestro sistema público.

Las organizaciones, presentan una serie de consecuencias derivadas de las patologías que hemos venido tratando:

- Disminución del rendimiento y productividad social o económica.
- Enrarecimiento del clima laboral.
- Mayor siniestralidad laboral (accidentes, ILT...)

Actuaciones ante los ambientes laborales patógenos

A.- Actuación correctiva: tratar de paliar los efectos negativos cuando ya han aparecido los síntomas: Negociados de recursos humanos, entrevista con los superiores jerárquicos...

B.- Actuación preventiva: actuar antes de que aparezca, atenuar los factores que incitan al “Mobbing”: Denuncia en los Comités de Empresa, Sindicatos, o Asociaciones de Autoayuda.

C.- Actuaciones defensivas del trabajador:

- **Unirse a un grupo** de personas que estén en la misma situación.
- **Anotarlo todo**, incluso los detalles más insignificantes, ante posibles demandas por la vía judicial (Inspección de trabajo, Juzgado de lo Social, Recursos Humanos de su empresa, etc.).

EPÍLOGO

La gestión de los servicios públicos conforme a los parámetros hoy marcados por los estándares de calidad, de la «calidad total», pasa, necesariamente, por la mejora de las condiciones de vida y de trabajo existentes en este marco de relaciones interpersonales y grupales.

Hasta ahora este imperativo comprometido por los poderes públicos brilla por su ausencia cuando el trabajador se ve arrollado por comportamientos tan degradantes para la dignidad de la persona y su integridad moral, como los sintetizados en el acoso psicológico y sus repercusiones: “Síndrome de Burnout”, estrés...

Para luchar contra la persistencia (causas y efectos) de estas enfermedades profesionales, es necesaria la conciencia colectiva de que estamos ante fenómenos realmente patológicos que requieren una contundente respuesta del sistema social, político y del propio Sistema Público de Servicios Sociales.

¹⁰*También, la propia reacción de las víctimas, a través de la formalización de acciones encaminadas a denunciar primero, corregir y reparar después, y a reprimir, finalmente, tales patologías de conductas o comportamientos «de» y «en» la empresa, con lo que ello supone de iniciativa personal y de lucha individual”.*

No es posible hablar de calidad y felicidad cuando el propio sistema se resiente de vicios, que deben ser corregidos por la propia salud del Sistema Público de Servicios Sociales y, por respeto, a los ciudadanos y trabajadores de lo social.

Este artículo es sólo una llamada de atención...

Fuentes utilizadas y bibliografía

- BARROSO, Miguel A. “Mobbing: perversión en la oficina”. Diario ABC 27/02/00.
E-mail: salterrae@salterrae.es
- Comunicación: “Estrés en el trabajo. Evaluación del síndrome de Burnout en profesionales sociosanitarios” Varios autores.
- Conclusiones de las “Jornadas sobre malestar en los profesionales de los Servicios Humanos y Sociales” (1992 A Coruña). Fundación Paideia.
- FRANCE-HIRIGOYEN, Marie. *El acoso moral*. Editorial Paidós, 1999.
- Fundación Esculapio de Salud laboral “Manual de Técnico de Prevención N.I” Volumen II.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, JL. *El trastorno por mediocridad inoperante activa Psiquis*, 1997, 18: 229-231.
- Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (diverso material).
- Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. “Violencia física y acoso sexual”
- LEUMANN, H. *El acoso psicológico institucional*. Liga española antiacoso.
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995.
- LÓPEZ GARCÍA SILVA, JA Y CAMPS del SAZ, P. *Aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral*. Mapfre Medicina, 1999, 10253-260.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales “Hacia los Servicios Sociales del año 2000”.
- MOLINA NAVARRETE, Cristóbal “Reflexiones a propósito de la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3”, sección 6”, de 23 de julio de 2001” Catedrático de Derecho de Trabajo y S.S. Universidad de Jaén.
- PANIAGUA, C. 1991. *Reflexiones sobre los fenómenos violentos de empresas*. Revista de Psicoanálisis de Madrid, números 45/47.
- PIÑUEL Iñaki. *¿Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo?* Santander: Editorial SAL TÉRREA. Apartado 77-39080. (recomendado)
- RIVERA y REVUELTA, JL. *El síndrome del acoso institucional*. psy@psicoter.es
- RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, Andrés. *Organización y gestión de los SS. SS. Ce. Una propuesta alternativa al modelo burocrático*.
- Sentencia del Juzgado de lo Social nº 1 de Pamplona (Iruña) Nº: 00058/2001. Nº de autos: 645/2000.

Direcciones de Internet:

- info@prevencionintegral.com
- <http://Dub15.ezboard.com>. El refugio
- info@mobbing.nu (recomendado)
- www.calypso.com/acoso

NOTAS

1 RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, Andrés, en su comunicación titulada “Organización y gestión de los SS. SS. CC. Una propuesta alternativa al modelo burocrático”

2 MOLINA NAVARRETE, Cristóbal «Reflexiones a propósito de la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3a, sección 6a, de 23 de Julio de 2001 «Catedrático de Derecho del Trabajo y 5.5.- Universidad de Jaén.

3 BARROSO. Miguel A. *Mobbing: Perversión en la oficina*. Diario ABC 27/02/00

4 PIÑUEL Iñaki. *Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Editorial SAL TÉRREA. Apartado 77- 39080 (recomendado)

5 GONZALES DE RIVERA, JL. *El trastorno por mediocridad inoperante activa*. Psiquis, 1997, 18:229-231

6 LÓPEZ GARCÍA SILVA, JA Y CAMPS DEL SAZ, P. *Aspectos clínicos y prevención del psicoterror laboral*. Mapfre Medicina, 1999, 10253-260.

7 LEYMANN, H. *El acoso psicológico institucional*. Liga Española Antiacoso

8 Conclusiones de las “Jornadas sobre malestar en los profesionales de los Servicios Humanos y Sociales” (1992 A Coruña). Fundación Paideia. Comunicación: “Estrés en el trabajo. Evaluación del síndrome de Burnout en profesionales sociosanitarios”. Varios autores.

9 “Violencia física y acoso sexual”, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

10 PANIAGUA C. *Reflexiones sobre los fenómenos violentos de empresas*. Revista de Psicoanálisis de Madrid, números 45/47.1991.

VII Premio Científico

Año 2003

1.- La formación ética del Trabajador Social.

M^a José León Guerrero
M^a Ángeles Malina Merlos
Marta López Sarompas

La formación ética del Trabajador Social

M^a José León Guerrero
M^a Ángeles Malina Merlos
Marta López Sarompas

Resumen

Los códigos deontológicos son útiles para la orientación de los profesionales sobre las formas de actuación y para la protección de los usuarios del abuso y de la falta de honradez, además, de servir de protección para el profesionalismo, es decir, entre las condiciones necesarias para que una ocupación se convierta en profesión está la elaboración de un código ético por aquellos que forman parte de la misma.

Todas estas razones son más que suficientes para justificar la existencia de los códigos deontológicos y de su enseñanza a los futuros profesionales del Trabajo Social. En este sentido, cabe plantearse, en primer lugar, si están siendo enseñados a lo largo de la carrera, y, en segundo lugar, cómo están siendo educados. El propósito global de esta investigación es comprobar la existencia de relaciones entre lo real y lo ideal, es decir, entre lo valorado como importante para el desempeño de la profesión y lo realmente enseñado. Se pretende, finalmente, formular propuestas de mejora fundamentadas en los resultados de los análisis referidos.

INTRODUCCIÓN

Los Trabajadores Sociales, que empezaron a ser reconocidos como profesionales después de la primera guerra mundial, contaron con el primer código deontológico oficial el 11 de noviembre de 1950 en Francia (Grazziosi, 1978). En este sentido, han sido las Asociaciones Nacionales de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales, de cada uno de los países los encargados de ir creando y actualizando los códigos de ética, las que han velado por su cumplimiento por parte de todos sus miembros.

El Trabajador Social, por su servicio y por la finalidad última de su trabajo, es una profesión eminentemente ética donde gran parte del trabajo consiste en tomar decisiones morales sobre la actuación en casos particulares. Ésta, quizás, sea la razón de la afirmación de Jordan (1999) al principio de su libro: “*Las cuestiones morales obsesionan al trabajo social*” o, también, en la primera página del de Reamer (2001):

“La cuestión de los valores y ética han ocupado desde sus comienzos un lugar central en la formación de los trabajadores sociales” (Reamer, 2001: 1). No obstante, no todos los estudiosos del campo estarían de acuerdo con esta afirmación, así Sánchez Vidal (1999) argumenta en su libro que los actuales trabajadores sociales, en particular, y los profesionales pertenecientes a las ciencias humanas y sociales, en general, se encuentran ante una considerable “anomia” como consecuencia de la amenaza hacia los viejos valores, unido a una falta de debate, tanto, por parte de los científicos, como por los propios prácticos, en búsqueda de un posicionamiento valorativo hacia los dilemas propios de la profesión.

No obstante, si nos atenemos a algunas de las definiciones sobre qué son los trabajadores sociales: “se ocupan de planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y comunidades” o la propia de Sánchez Vidal (1999): “acción externa, intencional y autorizada para cambiar (a mejor, se supone) el funcionamiento de un sistema social (institución, grupo humano, comunidad...) que, perdida su capacidad de autorregularse, es incapaz de resolver sus propios problemas o alcanzar metas vitales deseadas” (Sánchez Vidal, 1999: 74) y cuáles son sus finalidades últimas: “mejorar el bienestar humano y en contribuir a satisfacer las necesidades humanas básicas de todas las personas, en particular las necesidades y la potenciación (Empowerment) de las personas vulnerables, oprimidas o que viven en pobreza”. No podemos, por menos, que estar más de acuerdo con la primera postura que con la planteada por Sánchez Vidal (1999).

Entre las condiciones necesarias para que una ocupación se convierta en profesión está la elaboración de un código ético por aquellos que forman parte de la misma (Greenwood, 1957; Grazziosi, 1978) pero, además de esta función de protección de la profesión o del profesionalismo (mantener el estatus e identidad profesional), los códigos también son útiles para la orientación de los profesionales sobre las formas de actuación y para la protección de los usuarios del abuso y de la falta de honradez (Bakns, 1997).

Desde una visión positiva e ideal de los códigos éticos, en opinión de Sánchez Vidal (1999), estos son guías morales autorreguladoras que aseguran el uso apropiado por parte de los profesionales de habilidades, técnicas y poder, una serie de principios que especifican los derechos y responsabilidades de los profesionales en sus relaciones entre ellos y sus clientes y un conjunto de valores prescriptivos y normativos que reflejan el consenso social de la profesión sobre los temas importantes o polémicos de su incumbencia.

De acuerdo con esta misma postura, las razones que justifican el código de ética en el Trabajador Social son: hacer públicas y expresas las normas, formar y estimular la conciencia social, orientar la acción en casos concretos, favorecer la unidad profesional, incrementar la autonomía profesional, proteger a los usuarios y ofrecer las bases para sanciones y para auto-defensa (Grazziosi, 1977).

No obstante, desde una postura crítica-realista los códigos deontológicos son vistos como: “recopilaciones abstractas, poco realistas y frecuentemente ignora-

das de lo que la profesión debería ser y no de los que es, guías o atajos, para conseguir el prestigio Y el estatus de una profesión desde formulaciones autopropagandísticas, expresiones de corporativismos que, en lugar de proteger al público de los abusos de los profesionales, acaban protegiendo a estos y amparando abusos, formas de coartar el debate público del ejercicio de la profesión, en vez de estimularlo. Esta postura tan crítica está asentada en la idea de que los códigos sirven más para justificar lo que se hace malo bien que lo que se debería hacer” (Sánchez Vidal, 1999, apoyándose en autores como Snow y Gersick, 1986; Golann, 1969).

Todas las razones presentadas, son más que suficientes para justificar la existencia de los códigos deontológicos, pero ¿sobre qué deben versar dichos códigos?, o dicho de otra manera, ¿cuáles son los problemas o cuestiones éticas que tratan? El análisis de los códigos deontológicos de esta profesión se ha hecho desde distintas perspectivas: atendiendo a los temas tratados, a las necesidades o preocupaciones de los propios prácticos de acuerdo con ciertos indicadores.

En este sentido, el análisis llevado a cabo por Banks (1997), sobre los problemas o dilemas éticos que preocupan a trabajadores sociales cualificados y prácticos, le llevó a distinguir tres tipos principales de cuestiones:

- *“Cuestiones sobre derechos individuales y bienestar: un derecho del usuario a seguir sus propias decisiones y elecciones; la responsabilidad del trabajador social de procurar el bienestar del usuario.*
- *Cuestiones sobre el bienestar público: los derechos e intereses de otras partes distintas al usuario; la responsabilidad del trabajador social hacia su institución contratadora y la sociedad; el fomento del mayor bien para el mayor número de personas.*
- *Cuestiones sobre la desigualdad y la opresión estructural: la responsabilidad del trabajador social de desafiar la opresión y trabajar por los cambios en las instancias políticas y en la sociedad” (Banks, 1997: 27).*

Así mismo, del análisis comparativo de los códigos más representativos de algunos países de América, Europa, Asia, África y Oceanía llevado a cabo por Grazzioni (1977), hecho sobre la base de los tópicos o temas tratados en ellos, se destacó la existencia de una serie de tópicos comunes a todos ellos, tales como:

- a) **Respecto de los fines de la profesión** tales como el bienestar del individuo y del grupo, la mejora de las condiciones sociales, el desarrollo de las potencialidades humanas, la satisfacción de las necesidades humanas y el promover la justicia social.
- b) **Respecto de los clientes y usuarios:** respeto a la dignidad de todo ser humano, al derecho de autodeterminación, a las opiniones filosóficas, políticas y a las creencias religiosas, respeto al secreto profesional, a la intimidad y derechos individuales, obligación de prestar un servicio eficiente, no actuar sin el consentimiento del cliente.
- c) **Respecto de los colegas y superiores:** deber de prestar colaboración y

apoyo mutuo, respeto a los criterios y puntos de vista, abstenerse de ocupar empleos vacantes por cuestiones de ética sobre críticas o denuncias de conductas no éticas.

d) **Respecto de sí mismo como profesional:** mantener una vida personal honorable, mantener siempre actitud cordial, de confianza y de ayuda al usuario.

e) **Respecto a la profesión:** deber de apoyo y defensa de la profesión, de contribuir al adelanto y perfeccionamiento de la profesión, sobre la educación profesional como requisito indispensable, responsabilidad profesional por encima de consideración personal, adhesión y apoyo a las asociaciones profesionales, no hacer propaganda ni competencia.

f) **Respecto de otras profesiones:** deber de respetar y colaborar con otros profesionales.

g) **Respecto de la institución y agencia:** obligación de colaborar con los fines de la institución. Deber de hacer respetar las normas de ética profesional, cumplimiento de las decisiones acordadas, obligación de distinguir, ante los demás, si se actúa o habla por cuenta propia, o representando a una institución o asociación, corrección en el manejo de fondos que se le confíe, derecho a elegir y utilizar las técnicas adecuadas, no recibir retribuciones fuera de su sueldo o honorarios, no utilizar su cargo para obtener ventajas personales.

h) **Respecto de la comunidad y los problemas sociales:** favorecer el bienestar general de la comunidad y preocuparse por los problemas más graves de índole social.

i) **Respecto de los poderes públicos:** prestar colaboración en la preservación del bien común, ajustar a las leyes del Estado y derecho a abstenerse de prestar testimonio ante la justicia.

j) **Respecto a la aplicación del código:** obligatoriedad de la aplicación del código y faltas a la ética profesional y sanciones.

Así mismo, este autor señala la existencia de una serie de tópicos o temas particulares a algunos de estos códigos como son: énfasis en el trabajo con las familias, actitud profesional en casos de huelga, regir toda la vida profesional por la verdad, obligación de rehusarse a intervenir en ciertos casos, respeto la Ley Divina y destino eterno, la pobreza no es predestinación ni castigo, deber de corregir los abusos de quienes se arrogan el título profesional. No es lícito conseguir información con engaños o subterfugios, no participar en encuestas de control, preocuparse por el desarrollo nacional e intereses del país y deber de reconocer las propias limitaciones.

Por su parte, Banks (1997) analizó los códigos de quince países y, para ello, comparó dichos códigos de acuerdo a las siguientes preguntas:

1.- ¿El código incluye los siguientes principios?

- a) Respeto hacia el valor único de la persona como individuo.
- b) Autodeterminación del usuario.
- c) Justicia social.
- d) Integridad profesional.

2.- ¿El código reparte las responsabilidades del trabajador social entre, al menos, tres de las siguientes instancias: usuarios, institución, compañeros, sociedad, profesión?

3.- ¿El código cubre algunas cuestiones de prácticas profesional, como guiar las normas sobre la publicidad, el cobro de honorarios, el acceso del usuario a los expedientes y el uso de clientes para investigar?

De acuerdo con este análisis, el autor concluye: *“han aparecido diversos comunes, en concreto, una coincidencia alrededor de los valores establecidos o los principios fundamentales del Trabajo Social que incluyen: el respeto hacia la persona como individuo, el fomento de la autodeterminación del usuario, la promoción de la justicia social y velar por los intereses de los usuarios”* (Banks (1997, 107). Por el contrario, existen variaciones en función de cómo los códigos reconocen que los contextos sociales pueden plantear unas demandas a los trabajadores sociales.

Nosotros también hemos llevado a cabo nuestro propio análisis en profundidad de los siguientes códigos: *La ética del trabaja social. Principios y criterios*, aprobado por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales celebrada en Colombo, Sri Lanka, del 6 al 8 de julio de 1994 y publicado en octubre de el mismo año. *El Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social*, aprobado por la Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales el 29 de mayo de 1999 y, por último, el *Código de Ética de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales Estadounidenses (NASW)*, que entró en vigor en enero de 1997. Estos tres códigos han sido seleccionados porque dos de ellos fueron aprobados y revisados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social de España en dos años distintos, por lo que, además de contar, ambos, con aceptación general a nivel nacional, nos pueden ofrecer una perspectiva evolutiva. El tercero de ellos fue seleccionado, porque nos aporta la perspectiva internacional al haber sido aprobado en Estado Unidos.

En estos tres códigos encontramos una serie de diferencias y similitudes tanto en su estructura, ya que algunos están divididos en capítulos o partes dedicadas a subtemas, mientras que otros forman un cuerpo unitario en el que sólo apreciamos tres partes diferencias, como en el contenido, aspecto este que vamos a ver con mayor detenimiento.

El análisis de los principios que hemos realizado de los documentos nos indica que no existen a penas diferencias entre ellos a la hora de determinar cuáles son los Principios Básicos que debe aceptar el Trabajador Social y que le ayudarán a

contribuir al desarrollo de los seres humanos.

En cuanto a las responsabilidades éticas del trabajador social hacia sus clientes, observamos que existen normas comunes a los tres códigos como son: la de respeto de sus intereses, consentimiento informado y uso y custodia adecuada de la información, por el contrario, aparece una gran diferencia entre el código de la NAWS y los otros dos, en relación a un conjunto de artículos que hacen referencia al deber del Trabajador Social de evitar contacto físico y sexual, así como al uso de lenguaje despectivo y aprovecharse de las relaciones mantenidas con ellos. Así mismo, el principio de respeto a la diversidad individual y grupal, recogido en los otros dos códigos, es plasmado con varios artículos en el de la NASW haciéndolo más matizado.

- No existen principios éticos sobre la **relación del Trabajador Social con la entidad** donde presta sus servicios y con otras entidades y organizaciones comunes a los tres códigos analizados, no obstante, aparecen uno que si es similar a dos de ellos, como es el caso de: participar en la mejora de la institución u organismo, disponer de autonomía con respecto de la organización a la hora de elegir técnicas, cooperar con entidades y organizaciones con fines adecuados, y utilizar todos los medios para acabar con las prácticas no éticas. Existen algunos principios que aparecen en el código de 1999, que estaban en el de 1994, y que hacen referencia a la necesidad por parte del Trabajador Social de informar a los directivos de la entidad donde prestan sus servicios y a la necesidad de coordinar políticas que produzcan mejores resultados.

- El **Secreto Profesional** aparece de forma continua en los códigos cada vez que se trata la relación del Trabajador Social con su cliente, sus colegas, otros profesionales, etc., pero en el Código de la NAWS, este aspecto está bastante detallado dedicándole un capítulo exclusivamente a él.

Dentro de las responsabilidades del Trabajador social hacia la profesión Y su práctica encontramos acuerdo en los tres códigos en considerar que el Trabajador Social debe basar el ejercicio de la profesión en fundamentos científicos y éticos y en que deben sentirse obligados a contribuir al desarrollo de la profesión, trabajando en el aumento de la confianza de la sociedad hacia el profesional, abriendo nuevos campos de intervención. Existe un conjunto de artículos que hacen referencia a cómo la vida privada del Trabajador Social deben ser un referente para el resto de la sociedad e, incluso, a que en él deben darse determinadas características personales tales como: honestidad, honradez... que sólo son considerados deberes por el código de la NAWS. De igual modo, en este código también se hace explícita la necesidad de que el Trabajador Social acredite de forma clara cuál es el trabajo realizado, y si éste se hizo de manera personal o como representante de la profesión.

En España, el código aceptado en 1999 muestra diferencias con respecto al anterior de 1994, en relación a la importancia de la formación permanente, la reflexión, la investigación y el estudio como vías de mejora de práctica profesional.

- En la relación del Trabajador Social con sus colegas y/o con otros profesionales aparecen como aspectos comunes a los tres códigos:
- La colaboración interdisciplinar, la necesidad de un trato respetuoso.
- La confidencialidad de los datos.
- Promover el intercambio de conocimientos.
- Comunicar cuando se conozca que otro profesional incumple las normas del código deontológico.
- Prestar asesoramiento y orientación a aquellos colegas menos versados. De nuevo, aparece como elemento diferenciador del código de la NAWs con respecto a los otros dos, un conjunto de artículos que hablan del acoso sexual y de la ausencia de relaciones sociales entre colegas que puedan tener conflictos de intereses.

En el Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social, aprobado en 1999, aparecen algunos artículos que no se encuentran en los dos anteriores y que están relacionados con atender la demanda de sus colegas con la máxima diligencia, evaluar su trabajo y el de sus compañeros con objetividad y mantener unos criterios éticos y objetivos, en el caso en que tenga que participar en la se lección de algún colega.

Los códigos de 1999 y de 1997 dedican un capítulo a la responsabilidad del Trabajador Social hacia la sociedad en general. Además, ambos coinciden en destacar los mimos deberes de este profesional tales como participar en el desarrollo de la misma, contribuir al progreso de todos y crear en los ciudadanos y en los poderes públicos conciencia social.

Por otro lado, y desde el punto de vista filosófico, los valores que tradicionalmente se consideran el sostén del trabajo social han ido cambiando. Si bien, la mayoría de ellos son predominantemente “kantianos” y se fundamentan en el respeto hacia el ser humano individual como un ser autodeterminante (Banks, 1997). En los años 60 y 70, esta misma autora destaca que el énfasis recaía en la relación entre el Trabajador Social y el usuario, pero, particularmente, en la forma en el que primero debía tratarlo (utilitarismo). Durante los años setenta y ochenta (marco radical) sus presuposiciones se encuentran asentadas en un compromiso con la igualdad y en una visión de lo humano como esencialmente social, ocupándose de la relación, la cooperación y la colectividad.

Otro tema relacionado con los códigos se centra en la necesidad y en la forma en que deben ser enseñados. Según da cuenta Reamer (2000), la formación deontológica se plantea, en este caso como en otros, a las ventajas e inconvenientes de si debe dedicar una materia específica a este tipo de formación, o si debe estar inmersa en las diferentes materias de la carrera. Idealmente, sin duda, lo mejor sería que, sistemáticamente, aparecieran cuestiones éticas en las diferentes materias, al tiempo que existiera una materia dedicada a profundizar, sistemáticamente, en el tema. De una forma más realista, al menos debe existir una materia en la que se

plantee de modo sistemático, los dilemas éticos que se encuentran en el ejercicio profesional, los principios y normas que deben guiar la intervención social y los valores como el respeto, la privacidad y confidencialidad, imparcialidad, igualdad y justicia distributiva.

De acuerdo con las características que debe reunir el ejercicio de una profesión, estaría el empleo del conocimiento y las habilidades para el servicio a otros con fines sociales. Por eso, entre las perspectivas actuales en la educación de profesionales, como ha destacado Shulman (1998), está el papel que debe tener una formación ética y moral, puesto que *“los practicantes de las profesiones deben desarrollar una comprensión moral que pueda dirigir y guiar su práctica”* Shulman (1998:516). Los conocimientos o habilidades deben ser mediados por una matriz de comprensión moral. Si es así, las instituciones de educación superior deben contribuir a que los futuros profesionales desarrollen una visión y un sentido moral, que pueda guiar su práctica y refleje en sus acciones un conjunto de virtudes morales. Ello fuerza a preparar a los profesionales a comprender las complejidades éticas y morales de su papel, para tomar decisiones informadas en su práctica profesional.

¿Qué podemos esperar de la eficacia de cursos de ética? Dice Reamer (2000): “podemos esperar que los estudiantes, individualmente considerados, salgan de nuestros cursos y discusiones con un mayor grado de apreciación del hecho de que las decisiones profesionales no son siempre de naturaleza técnica y que, frecuentemente, requieren consideraciones éticas.

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Si el ejercicio profesional tiene unos fundamentos morales como de hecho ha sido tradicionalmente reconocido, pero han permanecido implícitos en beneficio de la preparación técnica, esos fundamentos morales deben tener un lugar en el currículum formativo. Este proyecto de investigación parte de la idea de que la Ética Profesional puede determinarse a partir de los códigos deontológicos vigentes en cada campo profesional, y que su análisis es, no sólo adecuado, sino también necesario para formular propuestas de mejora realistas en la formación universitaria en el marco de un tratamiento deontológico del ejercicio profesional.

No podemos olvidar que la meta de una profesión es el servicio, es decir, la consecución de importantes fines sociales. Esto quiere decir que los prácticos que trabajan en las diferentes profesiones han de desarrollar una comprensión moral capaz de dirigir y guiar su práctica. Todo programa formativo debe partir de la premisa de que los fines del profesionalismo implican propósitos sociales y conllevan, por tanto, responsabilidades, tanto de orden técnico, como de orden moral y ético. De ahí la importancia que tiene adentrarse en terrenos deontológicos, cuando de formación para las profesiones se trata.

El propósito global de esta investigación es analizar los códigos deontológicos de las profesiones a las que aquellas carreras conducen, comprobando la existen-

cia de relaciones entre lo real y lo ideal, es decir, entre lo valorado como importante para el desempeño de la profesión y lo realmente enseñado. Se pretende, finalmente, formular propuestas de mejora fundamentadas en los resultados de los análisis referidos.

MÉTODO

Participantes

Puesto que el trabajo de investigación realizado es más amplio del que aquí se presenta, la muestra del mismo ha estado constituida por un total de 1.454 estudiantes de la Universidad de Granada, aproximadamente un 2,42 por ciento del total de 60.000 estudiantes que componen la población general del alumnado de la Universidad de Granada, de la cual presentamos los resultados obtenidos de los 185 alumnos (12.7 por ciento de la muestra) matriculados, entre los cursos segundo y tercero, de la Diplomatura de Trabajo Social de la Universidad de Granada.

Recogida y análisis de los datos

El “Inventario de Creencias Deontológicas del Estudiante” contiene veinticuatro declaraciones, extraídas del análisis realizado de un gran número de códigos de profesiones de distintos ámbitos como educación, psicología, medicina, derecho, enfermería... Esto nos ha permitido determinar las dimensiones comunes a la ética profesional, así como los tres códigos deontológicos comentados anteriormente, que nos han permitido extraer los principios éticos más representativos del Trabajador Social. Estas declaraciones se refieren a aspectos de la ética profesional en una doble dimensión: la importancia que tiene en el ejercicio de la profesión y lo que realmente se enseña durante la formación universitaria. El cálculo de la fiabilidad ha respetado esta división. Así, para el Inventario sobre la Importancia, se ha obtenido un “alpha” total de 0,8743, por tanto, expone un coeficiente alto. Además, hemos calculado el coeficiente de fiabilidad para cada uno de los 24 ítems, si cada uno de ellos fuese eliminado.

Para cerciorarnos aún más de su grado de fiabilidad, lo sometimos al método de las dos mitades, antes comentado, que recordemos consiste en dividir el instrumentos en dos partes de forma que se observen las correlaciones entre las partes. La correlación para ambas partes de Spearman-Brown es de 0,8063. Además, la consistencia interna, para cada una de las mitades, ha sido: para la primera 0,7953 y para la segunda 0,7944. La fiabilidad del instrumento, según el segundo procedimiento, es de 0,8094, arrojando un “alfa” para la primera parte de 0,8655, y para la segunda de 0,8596.

Igualmente, podemos asegurar que el cuestionario es fiable, sí como apuntan Bisquerra (1987) y Calvo (1990), la fiabilidad de un test está directamente relacionada con el número de cuestiones.

Los datos obtenidos tras la pasación de los cuestionarios han sido analizados por medio del programa de ordenador BMDP2D que nos ha permitido realizar un

análisis descriptivo general que nos ha aportado, para cada variable, información básica tal como la media, mediana y desviación típica. Además, contabiliza las frecuencias, tantos por ciento y acumulación de los tantos por ciento de cada valor.

RESULTADOS

La tabla número 1 nos muestra la opinión de los estudiantes sobre la importancia o no, en su profesión, de determinados aspectos relacionados con la ética de la misma.

IMPORTANCIA EN TU PROFESIÓN	1	2	3	4	X	D.T.
1. Conocimiento de los principios y obligaciones éticas y deontológicas propias del ejercicio de su profesión	0.0	3.2	24.3	72.4	3.69	0.5287
2. Grado de respeto del código deontológico propio de su futura profesión en la práctica	0.0	4.3	31.9	62.2	3.58	0.5762
3. El sentido de los deberes propios que un profesional tiene en el ejercicio de su trabajo	0,0	4.3	20.2	65.4	3.61	0.5704
4. Ejercicio de la profesión con responsabilidad, eficacia e imparcialidad	0.0	3.8	24.9	69.7	3.67	0.5473
5. adquisición de un compromiso profesional autónomo e íntegro	4.3	32.4	61.1	3.55	0.6344	
6. Respeto a la vida y la dignidad humana y contribución a la mejora de la calidad de vida	0.0	1.6	13.5	84.9	3.83	0.4158
7. Preocupación por la formación y actualización de los conocimientos en los que basa su competencia profesional	0.5	5.4	32.4	59.5	3.54	0.6278
8. Defensa y promoción de los principios democráticos como base para la convivencia	0.0	8.6	29.7	61.6	3.52	0.6514
9. Modelos éticos de conducta profesional	0.0	8.6	29.7	61.6	3.46	0.6517
10. Deber de velar por el prestigio de la institución donde se desarrolla la labor profesional	1.1	33.5	42.2	23.2	2.87	0.7737
11. Guardar la confidencialidad de datos y el secreto profesional	0.0	2.2.	12.4	85.4	3.83	0.4286
12. Anteponer el beneficio del cliente a los legítimos intereses personales, profesionales o económicos	0.5	4.9	24.3	68.6	3.63	0.6042
13. Evitar la competencia desleal, el desprestigio de los compañeros y el intrusismo	0.0	7.6	33.5	58.9	3.51	0.6351

IMPORTANCIA EN TU PROFESIÓN	1	2	3	4	X	D.T.
14. Basar las relaciones entre colegas y otros profesionales en el respeto mutuo y de sus funciones específicas	0.0	4.9	29.7	65.4	3.60	0.5814
15. Rigor ético en la actividad investigadora y en materia de publicaciones científicas	1.1	16.8	37.3	42.2	3.23	0.7722
16. Evitar la publicidad engañosa	10.3	16.8	30.8	40.5	3.03	1.0022
17. Compromiso con los principios de justicia social	0.0	3.2	20.5	74.1	3.72	0.5174
18. Responsabilidad de dedicar sus conocimientos y técnica a ayudar a los individuos, grupos, comunidad y sociedad	0.0	1.1	18.9	80.0	3.72	0.5174
19. Proporcionar la mejor atención a todos, sin discriminación	0.0	0.5	8.1	91.4	3.90	0.3078
20. Consentimiento informado	0.0	7.0	45.9	38.9	3.34	0.6179
21. Habrán de tener un conocimiento básico de las culturas de sus clientes	0.5	6.5	33.5	58.9	3.51	0.6442
22. Defender la profesión y trabajar, tanto para aumentar la confianza de la sociedad en el trabajo social, como para la apertura de nuevos campos de intervención	0.0	1.1	18.9	79.5	3.78	0.4357
23. Limitar las informaciones que aporta a sus colegas y a otros profesionales tan sólo a los elementos que considere estrictamente indispensables para la consecución del objetivo común	6.5	23.8	33.5	34.1	2.97	0.9275
24. Prestar desinteresadamente orientación y guía a los compañeros menos versados que así lo soliciten	0.5	7.0	35.7	56.8	3.48	0.6520

Los resultados obtenidos, en relación a la importancia otorgada a cada uno de estos aspectos, nos muestran que no existe mucha dispersión entre las respuestas de los estudiantes, ya que, aunque la desviación típica oscila entre 0.3078 y 1.0022, la mayoría de dichas respuestas están cercanas a 0.50. No obstante, el análisis de los datos ofrecidos en la tabla nos muestra que, en general, existe menos consenso con los principios valorados más negativamente, distribuyéndose la respuesta de los alumnos entre las cuatro alternativas ofrecidas en el cuestionario. Así mismo, la diferencia entre la media mayor (3.90) y la menor (2.87) ha sido de 1.03 lo que nos indica que existe cierta heterogeneidad entre el valor otorgado a los principios rectores de su profesión. No obstante, lo elevado de las medias, nos muestra que todos ellos son considerados bastante importantes para el ejercicio de la profesión.

En este sentido, la afirmación en la que existe mayor consenso entre las respuestas dadas (D.T = 0.3078) es la de: “proporcionar la mejor atención a todos, sin discriminación” Este principio, además, ha sido el que ha obtenido una media

mayor, lo cual demuestra que los alumnos de Trabajo Social consideran que es el principio más importante de su profesión. A estos, le siguen, con una media de 3.83, aquellos principios relacionados con el *respeto a la vida y a la dignidad humana y contribución a la mejora de la calidad de vida y guardar la confidencialidad de datos y el secreto profesional*, ambos con un grado de dispersión entre las distintas alternativas del cuestionario bastante bajo (0.4158 y 0.4286, de desviación típica respectivamente). Otro principio considerado bastante importante por un gran número de alumnos (79.5 por ciento) es el de *defender la profesión y trabajar, tanto para aumentar la confianza de la sociedad en el trabajo social, como para la apertura de nuevos campos de intervención*, con una media de 3.78 y una baja dispersión (D.T.=0.4357).

El principio que ha obtenido una media más baja (2.87) ha sido el relacionado con el *deber de velar por el prestigio de la institución donde se desarrolla la labor profesional*, aunque su desviación típica (0.7737), nos revela la existencia de una falta de acuerdo reflejada en el reparto de los porcentajes en las distintas alternativas, así un 1.1 por ciento y un 33.5 por ciento de alumnos creen que este principio no es nada o poco importante, respectivamente, mientras que un 42.2 por ciento y un 23.2 por ciento entienden que es bastante o muy importante para el desempeño de su profesión. Le sigue, en orden creciente, con una media de 2.97 el *limitar las informaciones que aporta a sus colegas y a otros profesionales tan sólo a los elementos que considere estrictamente indispensables para la consecución del objetivo común*. Al igual que ocurriera con el principio anterior, éste también se encuentra poco consensuado (D.T= 0.9275), aunque la tendencia, también, es a ser considerado como bastante o muy importante por una mayoría (33.5 por ciento y 34.1 por ciento, respectivamente) frente a nada o poco importante (6.5 por ciento y 23.8 por ciento, respectivamente). *Evitar la publicidad engañosa* es el tercer principio menos valorado por los estudiantes de Trabajo Social con una media de 3.03. En este principio es en el que se ha producido la mayor dispersión, antes mencionada.

El grado, mostrado en porcentajes, en que los estudiantes creen que se les ha enseñado a lo largo de su formación determinados principios deontológicos, así como la media y la desviación típica obtenida en relación a los mismos, es mostrado en la siguiente tabla.

SE ENSEÑA	1	2	3	X	D.T.
1. Conocimiento de los principios y obligaciones éticas y deontológicas propias del ejercicio de su profesión	0.5	38.4	61.1	2.60	0.5011
2. Grado de respeto del código deontológico propio de su futura profesión en la práctica	1.1	20.0	56.2	2.56	0.5189
3. El sentido de los deberes propios que un profesional tiene en el ejercicio de su trabajo	2.2.	41.1	55.7	2.54	0.5419
4. Ejercicio de la profesión con responsabilidad, eficacia e imparcialidad	2.7	28.6	67.0	2.65	0.5318
5. adquisición de un compromiso profesional autónomo e íntegro	4.3	45.4	49.2	2.45	0.5806
6. Respeto a la vida y la dignidad humana y contribución a la mejora de la calidad de vida	1.1	20.0	78.9	2.77	0.4418
7. Preocupación por la formación y actualización de los conocimientos en los que basa su competencia profesional	4.3	45.9	47.6	2.44	0.5804
8. Defensa y promoción de los principios democráticos como base para la convivencia	4.9	47.0	48.1	2-43	0.5870
9. Modelos éticos de conducta profesional	4.9	51.4	43.2	2.38	0.5802
10. Deber de velar por el prestigio de la Institución donde se desarrolla la labor profesional	24.9	52.4	22.7	1.97	0.6912
11. Guardar la confidencialidad de datos y el secreto profesional	1.1	12.4	86.5	2.85	0.3835
12. Anteponer el beneficio del cliente a los legítimos intereses personales, profesionales o económicos	3.2	38.4	56.2	2.54	0.5624
13. Evitar la competencia desleal, el desprestigio de los compañeros y el intrusismo	15.1	54.1	30.8	2.15	0.6612
14. Basar las relaciones entre colegas y otros profesionales en el respeto mutuo y de sus funciones específicas	5.9	43.8	50.3	2.44	0.6064
15. Rigor ético en la actividad investigadora y en materia de publicaciones científicas	18.4	51.9	27.0	2.08	0.6792
16. Evitar la publicidad engañosa	39.5	43.8	14.1	1.73	0.6961
17. Compromiso con los principios de justicia social	4.9	28.1	65.4	2.61	0.5809
18. Responsabilidad de dedicar sus conocimientos y técnica a ayudar a los individuos, grupos, comunidad y sociedad	2.2	17.8	80.0	2.77	0.4657
19. Proporcionar la mejor atención a todos, sin discriminación	0.5	10.3	89.2	2.88	0.3347
20. Consentimiento informado	6.5	49.7	34.6	2.30	0.5989
21. Habrán de tener un conocimiento básico de las culturas de sus clientes	8.6	47.6	43.2	2.34	0.6348
22. Defender la profesión y trabajar, tanto para aumentar la confianza de la sociedad en el trabajo social, como para la apertura de nuevos campos de intervención	4.3	25.9	69.2	2.65	0.5617
23. Limitar las informaciones que aporta a sus colegas y a otros profesionales tan sólo a los elementos que considere estrictamente indispensables para la consecución del objetivo común	22.7	42.7	32.4	2.09	0.7461
24. Prestar desinteresadamente orientación y guía a los compañeros menos versados que así lo soliciten	14.1	53.5	32.4	2.18	0.65.84

A la luz de los datos que aparecen en la tabla podemos afirmar que existe un gran consenso en las respuestas de los estudiantes con respecto a su valoración sobre cada uno de los principios mostrados, ya que la desviación mayor ha sido de 0.7461 y la menor de 0.3347. De igual modo, podemos decir que existe cierta homogeneidad en las valoraciones hechas sobre si estos principios han sido o no enseñados a lo largo de su formación, puesto que la media más baja y más alta han sido 1.73 y 2.88.

El principio que, en opinión de los estudiantes de Trabajo Social, se les ha enseñado más a lo largo de su carrera ha sido el relacionado con *proporcionar la mejor atención a todos, sin discriminación* ($X = 2.88$), coincidiendo con que ha sido el que menos grado de dispersión ha tenido ($D.T = 0.3347$). Le sigue muy de cerca, con una media de 2.85, y con un grado de dispersión también bajo (0.3835) el de *guardar la confidencialidad de datos y el secreto profesional*. A continuación, dos principios que han obtenido la misma media (2.77): el de *respeto a la vida y la dignidad humana y contribución a la mejora de la calidad de vida* y el de *responsabilidad de dedicar sus conocimientos y técnica a ayudar a los individuos, grupos, comunidad y sociedad*.

Evitar la publicidad engañosa es considerado por la mayoría de los alumnos, de esta titulación, como uno de los principios éticos que menos se han enseñado a lo largo de su carrera ($X = 1.73$), seguido del *deber de velar por el prestigio de la institución donde se desarrolla la labor profesional* con una media de 1.97. Un tercer principio que tampoco ha sido enseñado (22.7 por ciento), o sólo alguna que otra vez (42.7 por ciento), es el relacionado con *limitar las informaciones que aporta a sus colegas y a otros profesionales tan sólo a los elementos que considere estrictamente indispensables para la consecución del objetivo común*. Cabe destacar que el grado de dispersión de las respuestas en estos tres casos es de los más altos (0.6961, 0.6912 y 0.7461, respectivamente), teniendo el último principio la mayor desviación típica del total de los items.

No queremos terminar este análisis descriptivo sin llevar a cabo la comparación de la tabla n° 1, en donde, como hemos dicho, queda reflejada la opinión de los alumnos en relación los principios éticos que consideran más importantes para ser buenos profesionales y, la tabla n° 2, en la que se refleja la opinión de estos estudiantes sobre si estos principios han sido enseñados a lo largo de la formación recibida.

En primer lugar, cabría comentar que, mientras que en las respuestas relacionadas con lo que “se enseña”, existe mayor consenso en casi todos principios (las desviaciones típicas oscilan entre 0.33 y 0.74). En el caso de la opinión sobre “qué es importante”, encontramos que las respuestas de los alumnos están más dispersas (de 0.33 a 1.00). Así mismo y, aunque observamos que existe similitud en cuanto a la variabilidad en las medias entre los distintos items en ambos grupos (diferencia entre la media menor y la mayor, en ambos casos, es, aproximadamente 1), observamos bastante diferencia entre las medias de las respuestas dadas en relación a considerar importante o no para la profesión los principios expuestos (2 ‘S7 a 3.90) y aquellas que muestran si dichos principios han sido enseñados a lo largo de la carrera (1.77 a 2.88), lo que denota que la falta de formación ética.

Por lo que respecta a los principios más valorados, también encontramos similitudes, ya que la mayoría de estos alumnos consideran que el principio de: *proporcionar la mejor atención a todos, sin discriminación* es, tanto el más importante, como el que más se ha enseñado a lo largo de su carrera. Lo mismo ocurre con el segundo y el tercero de los principios más valorados, por la mayoría, como bastante importante: *guardar la confidencialidad de datos y el secreto profesional y respeto a la vida y la dignidad humana y contribución a la mejora de la calidad de vida*.

Estas coincidencias también aparecen cuando se trata de establecer los principios que, según la mayoría, tienen menos valor en la profesión, aunque no tan directamente porque si bien los dos últimos principios valorados se corresponden con los dos últimos que, según estos alumnos, no se han enseñado, no se corresponden en el orden. Así, el *Deber de velar por el prestigio de la institución donde se desarrolla la labor profesional*, que ha sido el que se ha considerado el menos importante de todos por la mayor parte de los alumnos, es el segundo menos enseñado y, el segundo menos valorado: *limitar las informaciones que aporta a sus colegas y a otros profesionales tan sólo a los elementos que considere estrictamente indispensables para la consecución del objetivo común*, ha sido el que se ha considerado en tercer lugar menos enseñado.

CONCLUSIONES

Los resultados de los análisis precedentes ponen de manifiesto que, como ya afirmara Banks (1997), a los estudiantes de Trabajo Social les interesan, en primer lugar, los temas relacionados con los derechos individuales y el bienestar: “proporcionar la mejor atención a todos, sin discriminación”, “respeto a la vida y a la dignidad humana y contribución a la mejora de la calidad de vida” y “guardar la confidencialidad de datos y el secreto profesional”. Por el contrario, parece importarles menos aquellas cuestiones relacionadas con la responsabilidad hacia la institución contratadora, como nos lo demuestra que el principio que ha sido considerado como menos importante por los estudiantes ha sido el relacionado con el “deber de velar por el prestigio de la institución donde se desarrolla la labor profesional”.

En relación con la enseñanza de aquellos aspectos que tienen que ver con la ética y la deontología profesional, se observa que existe una similitud de los principios, deberes y obligaciones del ejercicio profesional que han obtenido una alta valoración por los estudiantes. Sin embargo, hay otros que han sido considerados como los más enseñados a lo largo de sus estudios, lo cual, puede indicar que lo más aprendido es lo más valorado. En este sentido, y puesto que el análisis de los planes de estudio nos muestra que sólo se produce algún tipo de tratamiento en alguna asignatura optativa que no siempre aparece o en el particular enfoque que cada profesor en su materia quiera otorgarle. En consecuencia, proponemos el que se preste una atención más intensa a las materias que guardan relación con la ética y la deontología profesional, de forma que los planes de estudio deberían ser reformulados, para incluir contenidos propios de esta temática.

BIBLIOGRAFÍA

- BANKS, S. *Ética y valores en el trabajo social*, Barcelona: Paidós, 1997.
- GRAZZIOSI, L. *Códigos de ética del Servicio social*, Buenos Aires: Humanitas, 1978.
- JORDAN, B. *Social Work in a Unjust Society*, Hemel Hempstead, Harvester, 1990.
- REAMER, F. G. *Ethics education in social work*, Council on Social Work Education, Alexandria, VA, 2001.
- SÁNCHEZ VIDAL, A. *Ética de la intervención social*, Barcelona: Paidós, 1999.

VIII Premio Científico

Año 2004

1.- El Sistema de Gestión de la Calidad del Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Centro. Profesionalización y garantía de derechos.

**Cristóbal Gil Valenzuela
Gabriel Escobar Rando**

El Sistema de Gestión de la Calidad del Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Centro. Profesionalización y garantía de derechos

**Cristóbal Gil Valenzuela
Gabriel Escobar Rando**

Resumen

El objetivo de este trabajo es divulgar, motivar y poner a disposición del colectivo profesional la experiencia sobre Gestión de la Calidad que se aplica en el Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Centro, dependiente del Ayuntamiento de Málaga.

El artículo trata de aportar una visión lo más completa posible de la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad y de sus herramientas, así como del proceso de implantación seguido, con objeto de que pueda servir de punto de partida a quienes quieran iniciar una experiencia similar.

En el primer apartado se describe el marco conceptual en el que se fundamenta el enfoque aplicado en la construcción del sistema y se expone una serie de reflexiones acerca de los beneficios que la gestión de la calidad aporta a los servicios sociales comunitarios.

En el segunda apartado se describe la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad así como las fases y acciones desarrolladas para su implantación, enmarcándolo en la realidad social del Distrito Centro y las características del Centro de Servicios Sociales.

A continuación, se desarrolla el contenido y herramientas del Sistema, profundizando en el Mapa de Procesos del Centro y los Procedimientos de Gestión de la Calidad, para concluir con la exposición de las acciones de evaluación desarrolladas y los resultados obtenidos en la primera etapa de implantación, en la que se obtuvo la Certificación de Calidad.

Palabras claves

Calidad de los Servicios, Servicios Sociales Comunitarios, Gestión de la Calidad.

1.- CALIDAD Y SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS

1.1. - Qué es calidad en Servicios Sociales.

Cuando oímos hablar de gestión de calidad en los Servicios sociales, solemos reaccionar con cierto respeto y hasta temor, ante las supuestas exigencias y dificultades que la aplicación de los criterios de calidad podría representar para el desempeño de nuestro trabajo.

En algunos ámbitos profesionales resulta común equiparar el concepto de calidad con el de “excelencia”, y se piensa que se trata de hacer las cosas de una manera ideal, acercándose a la perfección. Por otro lado, también aparece generalizada la idea de que necesitaríamos incrementar tal nivel de recursos, que resulta absurdo plantearse objetivos de calidad de los servicios sociales, dada las importantes limitaciones y carencias que el sistema aún presenta.

En general, la gestión de calidad suele provocar dos sentimientos: *miedo*, por el nivel de exigencia profesional que creemos que conlleva ofrecer calidad con escasos recursos, y a la vez suele provocar *escepticismo*, porque se podría pensar que la calidad sólo es posible con la “abundancia de recursos”.

Con todo esto, nos estamos refiriendo a los falsos *mitos de la calidad*. La primera lección que hemos aprendido con la aplicación del sistema de gestión de calidad en el C.S.S.C., Dto. Centro, es que la calidad no tiene nada que ver con sus mitos. La calidad supone una metodología perfectamente adaptable al nivel de recursos y capacidad técnica de cada organización, para dar respuesta a las necesidades de su entorno, para cubrir las expectativas de sus usuarios. Básicamente, la calidad pretende, mediante la aplicación de un conjunto de herramientas, ajustar las características de los servicios y las prestaciones a las necesidades de los usuarios, estableciendo mecanismos de medición y evaluación continua, para mejorar los servicios y aumentar el bienestar el social que produce nuestro sistema.

Este método, que nos suena tan familiar a los trabajadores sociales (recordemos el método básico), encierra en sus aspectos genéricos lo que podemos entender por calidad y gestión de calidad en un centro de servicios sociales.

Existen numerosas orientaciones teóricas y metodológicas en el campo de la gestión de calidad. Nosotros trabajamos con una orientación que podemos denominar: “normativa”, Desde este punto de vista, la calidad supone el cumplimiento, por parte de la organización, de unos criterios establecidos en una norma. El Ayuntamiento de Málaga, en su conjunto, aplica las Normas de calidad ISO 9001: 2000 en la mayoría de sus organismos. Este conjunto de normas y recomendaciones tiene la ventaja de que son universales y aplicables en cualquier tipo de organización.

Las normas ISO define la calidad como: *el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos*.

Por tanto, seguimos rompiendo el mito de la calidad. Para aplicar un sistema de gestión de calidad en un Centro de Servicios Sociales tan sólo tendríamos que “ajustar” sus

características y su funcionamiento a los requisitos de la norma.

Por otro lado, la gestión de calidad nos permite aplicar sus herramientas a distintos niveles: bien, al conjunto de la organización, ideando un sistema de gestión e implementándolo de forma global, o bien, de forma gradual en distintas etapas o fases, atendiendo a determinadas partes de la organización (por ejemplo las UTS) o bien a prestaciones o programas concretos (por ejemplo, las AENP o el Tratamiento Familiar).

La calidad es una metodología que sirve para trabajar mejor y satisfacer las necesidades de nuestros usuarios. Sus fundamentos son muy familiares para los trabajadores sociales: conocer las necesidades y expectativas de los usuarios, adaptar nuestros servicios Y programas a la satisfacción de éstas y medir los procesos y resultados para establecer una mejora continua.

1.2.- Calidad total y enfoque de procesos.

Tradicionalmente se ha entendido la calidad aplicada sólo a los requisitos que debían cumplir el producto o el servicio que se ofrecía al consumidor. De ahí, la aplicación de controles de calidad al final de la cadena de producción. La calidad total hace referencia a todo el proceso de producción y, por tanto, los requisitos, que habremos de cumplir, están presentes en todas las actividades que se realizan en el CSSC, desde la prestación de servicios a los usuarios hasta la gestión de recursos humanos, el presupuesto, las compras, etc.

Este planteamiento de la calidad persigue un objetivo muy simple: *hacer las cosas bien a la primera*. Si aplicamos correctamente los requisitos durante todo el proceso de producción de los servicios, estaremos evitando errores que, de otro modo, nos obligarían a corregir y repetir actividades nuevamente. El resultado de “hacer las cosas bien a la primera” es algo que también asusta (pues es otro mito), y se trata de la “eficiencia” en la producción de nuestros servicios.

La calidad es prevenir antes que corregir. Por tanto, la calidad nos induce a aplicar a nuestro propio trabajo otro concepto muy familiar para el Trabajo Social: la prevención. La gestión de calidad pretende prevenir los errores y deficiencias en los procesos de producción y funcionamiento del C.S.S.C. Prevenir supone ahorrar, ahorrar tiempo, energía, recursos y también dinero público. Prevenir errores conlleva también un incremento en la satisfacción laboral de los profesionales. Por contra, corregir no sólo supone aumento de costes de los servicios, sino que, en muchos casos, supone derroche de recursos porque estamos “gastando” de nuevo actividades que se hicieron inútilmente con anterioridad.

¿Qué coste supone para los usuarios nuestros errores? Dependiendo de la envergadura del acto y de las consecuencias dentro del proceso de trabajo específico, cada uno de los errores o deficiencias de la cadena de trabajo repercute de manera directa o indirecta en la atención al usuario. En determinados casos, las consecuencias de un error pueden ser muy graves para el usuario y su entorno familiar, como, por ejemplo, en casos relacionados con la protección de menores o en situaciones de violencia doméstica.

La eficiencia es uno de los objetivos más destacados del sistema de gestión de calidad. La eficiencia es el resultado de optimizar nuestros recursos, desplegar una buena organización del trabajo, así como desarrollar una atención correcta, adecuada y rápida a los usuarios. La práctica de la eficiencia produce un ahorro de recursos, tiempo y energía de los trabajadores. La inversión del “producto de la eficiencia” nos permitirá mejorar la calidad de nuestro trabajo y aumentar la capacidad de cobertura de las necesidades de nuestros usuarios.

La práctica de la calidad no es posible sin la *implicación de los trabajadores*. La calidad es tarea de todos, no puede ser impuesta por la dirección. Esto implica una política de participación de los trabajadores en la gestión de la organización, en la toma de decisiones sobre la cadena productiva y, muy especialmente, sobre el puesto que se desempeña.

La calidad total está directamente ligada a la gestión de los procesos. Nuestra orientación de gestión de la calidad se sustenta, en buena medida, en la gestión sistemática de los procesos de la organización.

El concepto de calidad normativa, aplicado desde una perspectiva global en el conjunto de la cadena productiva de los servicios, supone que la organización debe tener perfectamente identificados el conjunto de procesos que engloban el funcionamiento total del C.S.C.C., teniendo presente en todo momento que estos procesos interactúan entre sí y, por tanto, deben ser considerados desde una perspectiva de “sistema”.

La Norma ISO 9001:2000 define el término proceso como: *una actividad o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar elementos de entradas en resultados o salidas*. El proceso es una “cadena compuesta de varios eslabones” que hay que recorrer desde un extremo a otro. Los eslabones son el “conjunto de actividades interrelacionadas” que integran ese proceso.

En cualquier organización se pueden identificar tres tipos de procesos que conforman su estructura productiva:

- a) Procesos relacionados con la dirección y alta planificación.
- b) Procesos operativos relacionados con la producción y prestación directa de los servicios.
- c) Procesos de apoyo relacionados con la gestión del CSSC.

Dos términos fundamentales dentro del enfoque de proceso que han revolucionado la concepción que los profesionales otorgan a la tarea, son los de *clientes* y *proveedores* de los demás. En todo proceso actúan dos “agentes”: el proveedor y el cliente. Estos dos agentes son elementos tanto externos como internos en la dinámica de cualquier procedimiento.

El o los proveedores externos son aquellos que suministran los recursos o insumas que necesita el proceso para funcionar y producir salidas o servicios. Los clientes externos son aquellos para los que existen los procesos, son los consumidores de salidas o servicios producidos. Los clientes externos son los usuarios de servicios sociales.

Generalmente los procesos lo llevan a cabo un conjunto de trabajadores situados en

distintos eslabones de la cadena, o requieren la implicación de varios departamentos de la misma organización. Por tanto, cada trabajador o departamento desarrolla y es responsable de una o varias actividades, cuya correcta realización permite que el proceso continúe y que otros trabajadores pueda acometer las siguientes actividades. En este sentido, los *trabajadores se convierten en proveedores y clientes internos de los procesos.*

El trabajador social de la U.T.S. sabe que el proceso administrativo de la atención directa, tiene como proveedor a la auxiliar de recepción, que ha gestionado la cita previa y entrega las Historias Sociales de los usuarios citados para la consulta. Por lado, el trabajador social deberá tener presente que su cliente administrativo es el auxiliar de administración, y que la correcta tramitación de los expedientes dependerá de que suministre de manera adecuada los datos, informes, baremos, etc. que fueren necesarios.

1.3.- Las normas ISO 9000:2000.

¿Qué son de las normas ISO? La *International Organization for Standardization (ISO)* ha establecido una serie de normas internacionales relativas a los Sistemas de Gestión de la Calidad (la familia de normas ISO 9000), adoptadas por el Centro Europeo de Normalización (CEN) y por la Asociación Española de Normalización Y Certificación (AENOR), que las reconocen como UNE-EN ISO 9000.

Los principios que han regido la elaboración de estas normas, que suponen importantes beneficios para la organización, son los siguientes:

- Aplicación a todos los sectores de productos y servicios y a todo tipo de organizaciones.
- Sencillez de uso, lenguaje claro y fácilmente comprensible.
- Significativa disminución de la cantidad de documentación requerida.
- Aptitud para conectar los sistemas de gestión de la calidad con los procesos de la organización.
- Gran orientación hacia la mejora continua y la satisfacción del cliente.

Se compone de tres normas básicas que introducen una nueva *concepción de la gestión de la calidad aplicable a cualquier tipo de organización*:

- 1.- **UNE-EN ISO 9000:2000.** Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.
- 2.- **UNE-EN ISO 9001:2000.** Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.
- 3.- **UNE-EN ISO 9004:2000.** Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora de la calidad.

La **UNE-EN ISO 9000:2000** describe los principios de los sistemas de gestión de la calidad y define los términos utilizados en las Normas ISO 9001 e ISO 9004. Concretamente, los ocho principios que reflejan las mejores prácticas de gestión, son:

- **Organización enfocada al cliente:** las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender sus necesidades y satisfacer sus requisitos.
- **Liderazgo:** los líderes deberían crear y mantener un ambiente interno, involucrando al personal en el logro de los objetivos de la organización.
- **Participación del personal:** el personal es la esencia de una organización y su total compromiso hace que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la misma.
- **Enfoque basado en procesos:** los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- **Enfoque de sistemas para la gestión:** identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización.
- **Mejora continua:** la mejora continua debería ser un objetivo permanente de la organización.
- **Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- **Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor:** una organización y sus proveedores son interdependientes y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

La Norma UNE-EN ISO 9001:2000, especifica los requisitos del sistema de gestión de la calidad de una organización desde la perspectiva de demostrar su capacidad para satisfacer las necesidades de los clientes. Los requisitos que contiene se pueden resumir en:

- Obtener el compromiso de la alta dirección en el desarrollo y mejora del sistema de gestión de la calidad.
- Definir cuáles son los procesos de la organización y su interacción.
- Disponer de los recursos necesarios para llevar a cabo dichos procesos.
- Implantar un proceso de mejora continua dentro del sistema de gestión.
- Asegurar la orientación de la organización al cliente y establecer medidas para la evaluación de su satisfacción.

1.4.- Qué aporta la gestión de la calidad a los Servicios Sociales Comunitarios¹

En primer lugar: la Gestión de la Calidad estandariza y unifica los procesos que desarrollan las prestaciones de servicios sociales. En la actualidad, se mantiene una importante falta de concreción de elementos básicos del sistema, que afecta al ámbito profe-

.....
¹ Parte del contenido de este apartado está desarrollado a partir de materiales del Curso: La Gestión de la Calidad en los Servicios Sociales Comunitarios, impartido por Ángel Parreño (Vélez Málaga, 2003), basado en la experiencia sobre la aplicación de la Norma ISO 9001: 2000 en el Centro de Servicios Sociales de Alcázar de San Juan

sional y que limita el desarrollo de las prestaciones de servicios sociales. Hasta ahora, el sistema se ha mostrado incapaz de superar los siguientes problemas:

- a. La abstracción e indefinición de los papeles que deben desempeñar y corresponden a los distintas figuras profesionales, y como se deben articular el desempeño en el funcionamiento de los equipos.
- b. La falta de desarrollo e indefinición en los contenidos de las prestaciones y programas (en un mismo centro, entre centros distintos, y sobre todo entre municipios...).
- c. La profesionalización y libertad de acción de los profesionales que en sí misma es una virtud del sistema, genera en este contexto de indefinición de papeles y contenidos de los servicios situaciones que pueden perjudicar los derechos de los ciudadanos.

Estos elementos pueden conducir a situaciones de desequilibrios y discriminaciones en la atención a los usuarios en general y de un C.S.C.C., concreto. Dependiendo de factores organizativos, de la cualificación y competencia profesional, del distrito o municipio, territorios, etc., los usuarios pueden recibir unos servicios de mejor calidad o prestaciones que en otros centros no reciben, es más en una U.T.S., podrían ser atendidos con unos criterios de excelencia y en otra U.T.S., del mismo centro con criterios de incompetencia.

Por tanto, la gestión de calidad estandariza e unifica los procesos que desarrollan las prestaciones. Normaliza los distintos procesos de manera tal que actúan de estructura de la práctica profesional en el conjunto del Centro, y sirven de verdaderos “canales” a través de los cuales, todos los usuarios, reciben las prestaciones de servicios sociales. La normalización de los procesos tiene tres consecuencias inmediatas que son beneficiosas para los profesionales, los usuarios y el conjunto de la organización:

- a. Supone una ruptura de la incertidumbre en el ejercicio profesional y un incremento de la profesionalización.
- b. Potencia el desarrollo de las buenas prácticas y deja al descubierto la incompetencia y la negligencia de algunos profesionales.
- c. Racionaliza la intervención social y garantiza una gestión eficiente de los recursos.

En segundo lugar: la Gestión de la Calidad Iguala a los ciudadanos en las condiciones de acceso a los servicios sociales. Todavía queda mucho camino por andar para que los servicios sociales constituyan en nuestro país un derecho real y exigible para el conjunto de los ciudadanos.

El modelo de gestión de calidad que proponemos es un primer paso para la igualación de los ciudadanos en el acceso a los servicios sociales como derecho. La normalización de los procesos determina las mismas condiciones de los servicios para cualquier ciudadano usuario del Centro de Servicios Sociales. *Todos los ciudadanos tienen derecho a recibir los servicios de la misma forma y en las mismas condiciones.*

Por otra parte, nuestro modelo, también denominado “enfoque al usuario”, profundiza la figura del usuario como ciudadano de derecho, ya que sitúa a éste en el centro de

todos los esfuerzos y objetivos de la organización:

- El usuario es el centro de atención, es el principal objetivo, la principal razón por la que existe el CSSC.
- Los servicios se enfocan a cubrir sus necesidades y expectativas.
- La gestión de calidad está orientada a lograr su satisfacción.
- El usuario es un agente activo en la producción de los servicios: quejas y sugerencias, evaluación de la satisfacción, participación en sus procesos de cambio.

Los ciudadanos somos los verdaderos dueños de la Administración y de los Servicios Públicos. Por tanto, no olvidemos que nuestros usuarios son los “dueños del C.S.S.C.” y nosotros trabajamos para ellos.

Otra aportación decisiva es que la **Gestión de calidad constituye una importante estrategia de defensa ante las amenazas del Sistema**. En los últimos años, los servicios sociales aparecen como el sistema de protección social más amenazado ante la llamada “Crisis del Bienestar Social”. Una serie de debilidades internas, las políticas de austeridad y exigencias permanentes de resultados de los altos responsables, ponen en peli gro, no sólo el desarrollo del sistema, sino su propia estabilidad, creando verdaderas incertidumbres ante el futuro.

Como hemos mencionado anteriormente, permanece aún una indefinición de los derechos que garantizan este sistema, profundizada por la carencia de una ley marco o de bases. Por otro lado, existe una escasa conciencia social en el conjunto de la sociedad sobre los derechos que representan el sistema, alimentada por la relativa juventud de los servicios sociales. A esto tenemos que unir, las debilidades de implantación homogénea en todos los territorios de estado, en los que no existe igualación en los equipamientos, se producen importantes desequilibrios en las coberturas, hay una limitada implantación de plantillas estructurales...

Junto a esto, existe una permanente presión y exigencia en cuanto a la eficiencia y efectividad de los servicios sociales, cuando no se pone en cuestión la utilidad de los mismos. A otros sistemas se les supone la rentabilidad social, el nuestro tiene que demostrarlo día a día.

En este contexto, la gestión de calidad obviamente no constituye la panacea para afrontar estos problemas, pero sí aporta mecanismos muy potentes para demostrar la eficiencia de los servicios sociales y su rentabilidad social. La monitorización de procesos, medición de resultados, la evaluación de la satisfacción de los usuarios, entre otras, son herramientas muy útiles que pueden ayudar a la rentabilidad social del sistema. Los métodos de calidad introducen de manera sistemática la medición y el análisis estadístico de los procesos y sus resultados, situando de esta manera las prácticas de los Servicios Sociales a un nivel científico similar al de otros sistemas de protección.

La profundización del “enfoque de procesos”, aplicado a la práctica profesional, es el camino para desarrollar la dimensión científico-técnica e interdisciplinar de los servicios sociales.

El ajuste permanente de los servicios y prestaciones a los requisitos y nuevas exigencias de los usuarios y el logro de su satisfacción como meta, son herramientas apropiadas para recuperar ante la sociedad la imagen que nos corresponden y crear conciencia acerca del derecho a los servicios sociales.

La gestión de calidad es una buena estrategia para defender, profundizar Y prestigiar los Servicios Sociales.

La Gestión de Calidad también facilita la adaptación de los Servicios a los cambios sociales. El ámbito necesidades de los servicios sociales se encuentra sometido a importantes cambios sociales que además se producen a una velocidad de vértigo, como ocurre en el conjunto de la sociedad moderna.

Los ciudadanos cada vez somos más exigentes no sólo con la Administración Pública sino con el mercado en general. El ciudadano de derecho se hace cada vez más presente en la vida social y exige respuestas a sus necesidades reales y “ presentes”.

La evaluación de las necesidades de los usuarios, la medición de la satisfacción de los mismos y la política de mejora continua son potentes herramientas que facilitan la adaptación permanente a los cambios sociales y a las exigencias de los ciudadanos.

Por último planteamos que **un Sistema de Gestión de Calidad avalado por una certificación externa, constituye un “blindaje” que garantiza el nivel de calidad del Centro.** Supone un “blindaje” ante la inseguridad con respecto a la tarea y el reto profesional de mantener el nivel de calidad alcanzado y mejorarlo, para el nivel de recursos del que se dispone y, por qué no, ante posibles “amenazas” procedentes de la institución titular Ca ningún responsable político le interesa que un servicio bajo su responsabilidad pierda una certificación de calidad).

El auditor externo sanciona objetivamente el funcionamiento del centro respecto a una norma oficial y da testimonio de ello a la sociedad emitiendo el certificado. Realiza un seguimiento anual para verificar que el sistema se aplica y funciona. El incumplimiento de la norma supone la pérdida del certificado de calidad.

La certificación es un “sello” que prestigia la imagen y los servicios de la organización ante la sociedad, el mercado y los ciudadanos.

2.- EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES DEL DISTRITO CENTRO

2.1. - El contexto: breve descripción del Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Dto. Centro.

El Centro Municipal de Servicios Sociales Comunitarios se encuentra ubicado en C/ Cañaveral, 13-15, en el barrio del Perchel. Este centro forma parte de la Red Básica de Servicios Sociales Municipales de atención primaria del Ayuntamiento de Málaga.

Su ámbito de actuación es el distrito Centro. Aquí residen 88.625 habitantes, que suponen el 15,7 por ciento de la población total de Málaga. La principal característica de

su estructura demográfica es una clara tendencia al envejecimiento. La población mayor de 65 años supera el 20 por ciento del total.

En el Distrito Centro encontramos una gran variedad de grupos sociales, aspecto que otorga una especial singularidad especial a esta zona. Destaca un importante volumen de **población de “cultura marginal”** que reside en los barrios de viviendas sociales e infraviviendas históricas. En los últimos años, se ha asentado también un alto número de población in migrante. Esto nos sitúa en uno de los distritos que concentra una de las mayores “bolsas de marginación” de la ciudad. Las barriadas con mayor índice de necesidad social son: Cruz-Verde-Lagunillas, Molinillo -Capuchinos, Ollerías -San Rafael, Trinidad Sur y Perchel Norte.

El Centro de Servicios Sociales está integrado en la estructura administrativa de la Junta Municipal del Distrito Centro, dependiendo de la Jefatura de Sección de Servicios Sociales de la Junta. En cuanto a programas y prestaciones depende de la planificación y directrices generales del Área de Bienestar Social y Relaciones Ciudadanas.

El Centro oferta a los ciudadanos del Distrito las prestaciones contempladas en la Ley de Servicios Sociales de Andalucía y en el Plan Concertado para el desarrollo de las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales.

La estructura organizativa del Centro de Servicio Sociales está compuesta de las siguientes unidades (Figura 1): las U.T.S., los equipos de intervención social, administración, unidad de gestión de calidad, recepción y la dirección. El personal está compuesto por 62 trabajadores, que de forma directa o mediante contratación externa desarrollan el conjunto de prestaciones y tareas de apoyo. Por profesiones hay 12 Trabajadores Sociales, 7 Educadores Sociales, 1 Psicólogo, 1 Animador Sociocultural, 3 Auxiliares de Hogar Supervisoras, 18 Auxiliares de Hogar, 11 monitores sociales, 1 Auxiliar General, 1 Administrativo, 3 Auxiliares Administrativos, 2 Conserjes, 1 Ordenanza, 1 Jefe de Sección.

Los **Equipos de Intervención Social** constituyen el nivel operativo del C.S.S., y son los responsables directos de la ejecución de los proyectos, servicios y prestaciones en la zona geográfica que tienen asignada. Las **Unidades de Trabajo Social** forman parte de los E.I.S., y representan el primer nivel de atención al ciudadano, y le corresponde las funciones de: recepción de la demanda individual, familiar o de grupos; información, valoración, orientación y asesoramiento a los usuarios; diagnósticos y propuestas de actuación al equipo; gestión de prestaciones y servicios e intervenciones técnicas a este nivel.

La intervención social está ordenada atendiendo a las siguientes actividades:

- a. **Diagnóstico General de la ZTS.** Estudia y prioriza las necesidades sociales.
- b. **La planificación anual.** Esta emana del Plan Municipal de Servicios Sociales y está compuesta por el Plan de Centro, cinco programas, para cada prestación básica, y un conjunto de proyectos (Tabla 1).
- c. **La evaluación y memoria anual.**

El Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales (S.I.U.S.S.), se utiliza como instrumento de trabajo profesional y de gestión, y está complementado por un

instrumento informático específico del Ayuntamiento de Málaga el RII .v2003 y “Programación del C.S.S.C.”. Todo el sistema de gestión está implementado en la Red Informática que forma parte de la Intranet Municipal, con 26 puestos informatizados. La burocracia de la organización está implementada en la red, mediante un sistema de carpetas compartidas que ha permitido imprimir una enorme eficiencia y simplificación de estos procesos.

En el año 2003 el Centro atendió un considerable volumen de población, alcanzando los 4.609 usuarios.

2.2.- Análisis de la situación de partida. ¿Cuál era la realidad del Centro de Servicios Sociales antes de la implantación del Sistema de Calidad?

En primer lugar, los objetivos generales de la planificación no estaban enfocados hacia la satisfacción de los ciudadanos, en relación con sus expectativas y demandas cambiantes y crecientes. Se planificaba y evaluaba sobre la base de estudios-diagnósticos generales y a los resultados cuantitativos, únicamente de cobertura de prestaciones y servicios, sin contar con la satisfacción de los ciudadanos y sus demandas.

En segundo lugar, la escasez de recursos y la presión asistencial mantenía un importante nivel de estrés, inseguridad e insatisfacción en los profesionales. Además, existía una carencia de herramientas estables para el seguimiento y evaluación de resultados, lo que generaba un trabajo por inercia, repetitivo e improvisado.

Por otra parte, las intervenciones quedaban excesivamente marcadas por los distintos estilos profesionales, dependiendo del carácter, capacitación e implicación del personal, al no tener estandarizadas las intervenciones por procesos o por manuales de intervención. Esta situación estaba generando una posible atención desigual y desequilibrada a los ciudadanos.

Por último, existía una falta de claridad en cuanto a la sistemática de la gestión de la documentación y la comunicación interna, al no tener definidos los procedimientos de trabajo. Existía un exceso de documentos y registros no controlados, repetidos y sin informatizar, al margen de los formatos oficiales.

Ante esta situación de partida nos planteamos como alternativa la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2000, así como conseguir la Certificación del Sistema por una Entidad acreditada antes de final de 2003. Para ello trazamos un plan de trabajo dirigido al diseño e implantación del Sistema de Gestión de Calidad, desde una orientación de Calidad Total y por tanto implicando al conjunto de los trabajadores del Centro.

El objetivo de la implantación del Sistema era obtener un alto grado de cumplimiento de los Procesos consiguiendo al menos el 80 por ciento de los Indicadores para lograr la satisfacción de los usuarios.

2.3.- Proceso de diseño e implantación. En esta fase de diseño e implementación del sistema de calidad se contó con la asesoría de la consultora Novotec.

El plan de trabajo se inició, en mayo de 2003 con una Jornada Formativa y de Sensibilización dirigida a todos los trabajadores, en la que se expusieron los fundamentos de dicha intervención: conceptos relacionados con los procesos, mapa de procesos, fichas de procesos, indicadores y una introducción a la preparación de una posible certificación en la norma ISO 9001/2000.

En ese momento se formó un Comité de Calidad provisional, integrado por un grupo de trabajadores de todas las disciplinas, que asumió la ejecución de la mayor parte del plan de trabajo con la ayuda de la consultoría. A partir de aquí, iniciamos la intervención en procesos operativos a llevar a cabo en el Centro y se realizó un análisis previo sobre nuestro modelo de actuación, considerando sus ventajas, deficiencias, causas de los problemas y las posibles soluciones.

A partir de esta fase, todos los resultados del trabajo del Comité de Calidad fueron sometidos al consenso del conjunto de los profesionales, especialmente el diseño de los Procesos Operativos, para lo que se dedicó un importante volumen de horas en estudio, reflexiones y reuniones colectivas.

Posteriormente, se diseñó el mapa y las fichas de procesos iniciales, avanzando en un nuevo modelo de atención con medidas correctivas y de mejora, proponiendo la viabilidad en la implantación de la norma ISO 9001/2000.

Una vez que fue aceptada por el Servicio de Calidad y Modernización del Ayuntamiento nuestra solicitud de acceder a la certificación, se inició la elaboración de la documentación completa del sistema de calidad: Manual de Calidad, Procedimientos Operativos de Calidad, Fichas de Procesos definitivas y los Formatos y Registros de calidad. Se nombró un Responsable de Calidad y a través del Comité de Calidad se aprobó toda la documentación definitiva. En Septiembre se inició la fase de Implantación del Sistema.

En la última fase, se realizó una Auditoría Interna a los dos meses de rodaje para chequear el proceso de implantación, se llevó a cabo una medición de la satisfacción de los usuarios, así como una Revisión por la Dirección, en la que se propuso elementos de mejora y reajuste de algunos procesos. De esta forma el Sistema se encontraba en condiciones para someterse a la Auditoría de Certificación.

2.4. - Contenidos del Sistema de Gestión de la Calidad

2.4.1.- Alcance de la Certificación de Calidad. Finalmente, el 18 de Noviembre de 2003, tras superar con éxito la Auditoría Externa de Certificación, realizada por S.G.S. Ibérica, se otorga el Certificado de Calidad nº ES03/0663 según las exigencias de la Norma Europea de Calidad UNE-EN-ISO 9001/2000, con el siguiente alcance:

- Información, valoración y orientación a ciudadanos en estado de necesidad.
- Gestión de prestaciones y recursos sociales.

- Servicio de Ayuda a Domicilio para personas con limitación de autonomía personal.
- Tratamientos y apoyo a personas y familias en situación de crisis (desestructuración familiar, malos tratos, abandono de menores, incapacidad para gobernarse a sí mismo...).
- Gestión de alojamientos alternativos (residencias, centros de acogidas, pisos tutelados, acogimientos familiares...).
- Gestión de prestaciones económicas municipales ante situaciones de carencias de medios para subsistencia básica (ayudas económicas no periódicas y ayudas económicas familiares).
- Gestión de becas de guardería dirigidas a familias que requieren apoyo social para su inserción en el mercado laboral.
- Actividades dirigidas a la prevención de la marginación ya la inserción social (sesiones educativas con familias, prevención del absentismo escolar, talleres y actividades de tiempo libre con finalidad educativa, etc.).
- Emisión de Informes Técnicos (Informes Sociales e Informes Educativos).

Con la certificación, el Centro de Servicios Sociales Comunitario Distrito 1 Centro se transforma en una Organización prestadora de Servicios Sociales moderna y dinámica, orientada al usuario ya los mejores resultados organizativos en términos de Calidad y Profesionalidad.

2.4.2.- El Sistema documental. El Sistema de Gestión de Calidad está constituido por el conjunto de criterios que regula la estructura organizativa y de responsabilidades, la documentación requerida por la Norma ISO, así como por los recursos que se establecen en el Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Centro, para llevar a cabo la gestión de calidad de forma que facilita la eficacia en el trabajo y la reducción progresiva de la no calidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad queda definido globalmente con los siguientes documentos: *Manual de Calidad*, *Fichas de Procesos (FP)*, *Procedimientos Operativos de Calidad (POC)*, *Formatos (F)* (asociados a los POC y FP), *Reglamentos*, *Normas* y otra documentación externa de aplicación, *Registros de la Calidad*.

a. Manual de la Calidad. Es el documento básico de referencia permanente durante la implantación y la aplicación del Sistema de Calidad. En él se definen y desarrollan la política de calidad, responsabilidades, requisitos y las actividades o procedimientos que se llevarán a cabo para la consecución de los objetivos de calidad. Permite informar, tanto a nivel interno (Organización) como externo (Ciudadanos, Usuarios, Proveedores, Colaboradores), de las acciones acometidas por la organización relativas a la Calidad.

b. Fichas de Procesos (FP). Son los documentos desarrollados para definir los programas y prestaciones que integran el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad. Para cada uno de los procesos operativos identificados en el mapa de procesos, se define una ficha de proceso. Cada una de estas Fichas de Procesos incluye sus propios For-

matos de Calidad. El Sistema contiene doce Fichas de Procesos (Tabla 2).

c. Procedimientos Operativos de Calidad (POC). Son documentos complementarios del Manual, que *desarrollan los requisitos del Sistema de Calidad* para actividades concretas y describen los detalles de su aplicación y el método de verificación de su cumplimiento. Cada uno de estos Procedimientos también incluye sus propios Formatos de Calidad. El Sistema ha diseñado ocho procedimientos (Tabla 3).

d. Reglamentos y normas. Son documentos externos a la organización que reflejan condiciones, procedimientos, especificaciones, etc., reconocidas y aceptadas por algún Organismo (normas) o Administración (reglamentos). En el caso de reglamentos de obligado cumplimiento o normas exigidas contractualmente se cumplirán en todos los casos. DTS. Documentos de Trabajo Social

e. Registros de la Calidad. Son los documentos de registro de datos que se conservan para tener evidencias de la implantación y aplicación del Sistema y como fuentes de información para la medición, el análisis y la mejora de los procesos de la Organización.

3.- EL MAPA DE PROCESOS DEL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES

Recordamos que un proceso es una actividad o conjunto de actividades repetitivas y sistemáticas, que utiliza recursos para transformar entradas en salidas. Los procesos necesarios para el desarrollo de la actividad y funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad, así como las interacciones tanto internas como externas de dichos procesos, constituyen lo que denominamos: *Mapa de Procesos*.

3.1.- Descripción del Mapa de Procesos

El Mapa de proceso representa al Centro como sistema de producción, especificando las partes que lo compone, la funcionalidad que cada una desarrolla y sus interrelaciones (Figura 2). En el mapa distinguimos tres tipos de procesos:

a. Procesos estratégicos. El establecimiento de la Política y la Planificación no corresponde al Centro de Servicios Sociales, se lleva a cabo desde los organismos gestores centrales, en nuestro caso desde el Área de Bienestar Social (básicamente este proceso se concentra en el Plan Municipal de Servicios Sociales); la Revisión por la Dirección, sí corresponde al Director del Centro de Servicios Sociales como representante ejecutivo de la Alta Dirección. En el último apartado de este trabaja, volveremos a insistir sobre la Revisión por la Dirección como procedimiento básico de evaluación global del Sistema de Gestión.

b. Procesos Operativos. Son aquellos mediante los cuales hacemos posible el desarrollo de las prestaciones. En nuestro Sistema de Gestión distinguimos dos tipos de procesos operativos:

- **Procesos operativos organizativos.** Son los referidos a la organización de la cadena productiva del Centro y se concretan en tres niveles graduales de atención

a los ciudadanos, que definen el circuito de entrada de las necesidades sociales. Ellos son: *el proceso de Recepción de la Demanda, el proceso de UTS y el Proceso de EIS.*

- **Procesos operativos prestacionales.** Son los referidos a la producción específica de prestaciones sociales dentro del Centro. Ellos son: Ayudas Económicas no Periódicas, Ayudas Económicas Familiares, Servicio de Ayuda a Domicilio, Becas de Guarderías, Ayudas de Apoyo Escolar, Alojamientos Alternativos, Tratamientos Individuales y Grupales (*talleres, aula de educación familiar, educación tiempo Libre*), *Informes Técnicos.*

Las líneas de relaciones del mapa nos vinculan los procesos organizativos con los procesos específicos de las prestaciones, dibujando de esta forma el circuito interno de la atención de las necesidades sociales de nuestros usuarios (insumas) y los mecanismos que se despliegan para su satisfacción (output).

c. Procesos de Apoyo. Son el conjunto de actividades que se realizan en el Centro para hacer posible que los procesos operativos funcionen con normalidad y alcancen sus objetivos: *Gestión de la Infraestructura, Gestión de la Comunicación, Gestión de la Documentación, Gestión de Compras y Subcontrataciones, Gestión de Recursos Humanos.* También incluyen los procesos de *Medición, Análisis y Mejoras* que son los que permiten a la organización conocer de qué manera se está desarrollando la Gestión del Sistema de Calidad.

3.2.- Descripción de los Procesos Operativos

Los procesos operativos se definen teniendo en cuenta los siguientes aspectos : su denominación, la misión u objetivo que persigue, el alcance, los recursos que requiere su desarrollo, los clientes internos y externos, las entradas y salidas, el flujograma de la secuencia de actividades que transforman los inputs en outputs, los indicadores que permiten su seguimiento, los registros específicos y la documentación de referencia.

Nosotros por motivos obvios de espacio hemos optado por presentar una descripción completa, aunque resumida, del Proceso Operativo de U.T.S., que nos parece más cercano a la realidad profesional del conjunto de los Trabajadores Sociales, y una definición de la secuencia general que integra el resto de los procesos.

a. Proceso Operativo de Elaboración del Plan Anual del Centro. Tiene como misión elaborar la Programación Anual de Actividades del Centro y articular su seguimiento. El punto de partida los constituye el Plan Municipal de Servicios Sociales, la Memoria de Proyectos del año anterior y del Diagnóstico Social de la Z.T.S.

El Plan consta de una Priorización de Necesidades, los Objetivos Generales y Específicos para su periodo de vigencia, y establece una estructura de Programas y Proyectos que organiza el desarrollo de las prestaciones básicas en función de los objetivos trazados para el año en vigor. Una vez presentado y aprobado por la Dirección, los E.I.S., elaboran el Programa de Actividades para cada una de las Zonas, atendiendo a los requisitos establecidos en el proceso. La dirección realiza un seguimiento semestral de la eje-

cución. A final de año se elabora la Memoria Anual de Proyectos y la evaluación del Plan.

b. Proceso Operativo de Recepción de la Demanda. Articula el primer contacto de los usuarios con el Centro de Servicios Sociales. Tiene como misión decepcionar, en primera instancia, y canalizar las demandas presentadas por los ciudadanos e Instituciones hacia las unidades correspondientes del Centro, así como derivar de manera adecuada las demandas de servicios sociales que correspondan a otros servicios o distritos, o bien que no correspondan a nuestro sistema.

De esta forma, tienen como cliente externo tanto el conjunto de usuarios que toma contacto con el centro como a las instituciones que requieren del centro algún tipo intervención. Los clientes internos más importantes para la Recepción son las U.T.S., para las que filtran la demanda, toman la cita previa, reciben documentación de expedientes en trámites, registran las solicitudes de prestaciones, etc. También son clientes de la recepción los E.I.S., y los programas específicos.

El proceso lo desarrolla la Unidad de Recepción, compuesta por auxiliares administrativos.

c. Proceso Operativo de las Unidades de Trabajo Social. Se configura como la puerta de entrada al sistema, siendo el primer nivel de atención técnica que reciben los usuarios atendidos en el Centro. Tiene como misión evitar las desigualdades sociales motivadas por el desconocimiento o dificultades personales para acceder a los recursos sociales, la detección y análisis de los problemas de la población con objeto de mejorar la planificación de los Servicios Sociales y cubrir necesidades básicas ante situaciones de carencia de medios económicos (Figura 3).

Los clientes externos directos de las U.T.S. están formados por la población del Distrito que requiera información específica sobre Recursos Sociales y la población en estado de necesidad que requiera acceso y/o tramitación de recursos sociales.

La U.T.S. es el principal *proveedor interno* de casos de los Equipos de Intervención Social, ya que dentro de sus funciones de prescripción tiene encomendada la derivación de casos para tratamientos individuales y grupales. Al mismo tiempo es uno de los mayores proveedores internos de trabajo administrativo destinado a la Unidad Administrativa. A su vez estas estructuras son *clientes internos* y por tanto las UTS atenderán con sumo cuidado los requisitos de sus clientes (correctos informes de derivación de caso, registros bien cumplimentados para los expedientes, baremos de prestaciones, etc.).

Los inputs que recibe el proceso son el conjunto de necesidades que presentan los usuarios que han pasado el filtro de la Unidad de Recepción de la Demanda. Estos insumos se vehiculizan a las U.T.S. mediante la *Cita Previa* para las consultas de U.T.S., las *Notificación de Demanda* de usuarios o terceros que no pueden desplazarse a las instalaciones del Centro, y mediante el filtrado de la *atención telefónicas* externas.

Los output o productos que genera el proceso son *información* sobre recursos sociales, derivación a otros servicios, prescripción de prestaciones del Centro de Servicios Sociales, tramitación de prestaciones externas, derivación interna a los Equipos de Intervención e Informes Sociales.

En una primera instancia la demanda del usuario podrá ser abordada con solo información y orientación, o además requiere tratamiento técnico y/o movilización de recursos.

Cuando el caso requiere tratamiento técnico y movilización de recursos, la intervención integra las siguientes etapas: Estudio y Diagnóstico, Prescripción de recursos y/o tratamientos, Ejecución (movilización y gestión de recursos internos y externos, garantizar seguimiento de los efectos generados por los recursos, tratamientos técnicos y psicosociales propios de las U.T.S.) y Evaluación.

Para la gestión de las prestaciones que generan expedientes administrativos, la UTS valora la documentación aportada por el usuario y emite el preceptivo informe propuesta. A partir de este momento es la Unidad Administrativa la responsable de generar los documentos administrativos y de la correspondiente mecanización de datos.

El proceso de trabajo con los casos de UTS se registra en el S.I.U.S.S. (Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales). Además se cumplimentan las hojas de atenciones directas del RII, en las que queda constancia de la actividad profesional realizada en las consultas y en visitas domiciliarias.

La atención a los usuarios se organizará ateniéndose a los siguiente criterios organizativos: se dedica 5 horas semanales mínimo de atención directa en despacho, se citan semanalmente a 8 usuarios a intervalos de 30 minutos, se reservan 3 horas semanales para atenciones a domicilio, se dedicarán al menos 4 horas semanales para la realización de actividades indirectas (gestiones, movilización de recursos, tramitación de expedientes, registros, etc.).

Los Indicadores que el proceso de UTS establece para su autocontrol y seguimiento son:

- Que el nº de usuarios “solo informados y orientados” sobre recursos sociales, no sea superior al 20 por ciento del total atendidos.
- Que el nº de usuarios con *gestión de recursos sociales y tratamientos técnicos* no sea inferior al 60 por ciento del total atendidos.
- Que el nº de usuarios *atendidos en domicilio* por cada U.T.S. no sea inferior a 8 al mes.
- Que el nº de usuarios *atendidos en despacho* por cada U.T.S. no sea inferior a 28 al mes.
- Que el *tiempo transcurrido entre cita y atención* del Trabajador Social no supere los 15 días.
- Que el *tiempo transcurrido entre Notificación de Demanda y atención* del Trabajador Social no supere los 7 días.
- Que el nº de casos derivados a EIS para *Tratamiento Individual/familiar* no sea inferior a 4 casos al mes.

d. Proceso Operativo de los Equipos de Intervención Social. Los E. I.S., compuestos por educadores sociales, los trabajadores sociales de las U.T.S. y el psicólogo de apoyo, constituyen un segundo nivel de atención en el Centro. Su misión es planificar, diseñar y llevar a cabo intervenciones interdisciplinarias de carácter socio-educativas con familias y/o individuos en situación de crisis o que presentan modos vida que impiden una normal integración social.

Los clientes externos de los EIS son los individuos y familias que presentan las características anteriormente señaladas. Sus principales proveedores externos son los Centros Educativos y los organismos de Protección de Menores, ya que el proceso contempla la entrada directa al EIS de las demandas referidas a problemas escolares y a peticiones de informes técnicos en situaciones riesgo para menores.

El proveedor interno está constituido por las U.T.S. como primer nivel de atención de los ciudadanos, y a las que les corresponde la derivación de las demandas susceptibles de tratamientos individuales y grupales.

Los EIS son los principales proveedores de los tratamientos grupales (Aula de Educación Familiar, Talleres y Educación en Tiempo Libre), en los que participan de manera decisiva los monitores sociales como clientes internos.

Las entradas al proceso son el diagnóstico inicial de derivación de casos aportado por la U.T.S. y las solicitudes de organismos externos que correspondan a este nivel. Los E.I.S. desarrollan un diagnóstico en mayor profundidad estableciendo las áreas problemáticas de la familia (convivencia familiar, económica-laboral, estado de salud, educación-formación, etc.), y deciden las estrategias más adecuadas para el abordaje de la situación-problema, que se plasman en el compromiso de colaboración suscrito entre el usuario y los profesionales. Los productos o salidas del proceso del E.I.S. son los Planes de Intervención Individual/familiar (P.I.F.), en los que se establecen las prestaciones y tratamientos que se desplegarán en la intervención.

La ejecución propiamente dicha de los PIF se articula mediante los procesos operativos que hemos denominados prestacionales y que reseñamos a continuación.

e. Proceso Operativo de las Prestaciones Ayudas Económicas no Periódicas (A.E.N.P.), Ayudas Económicas Familiares (A.E.F.). Articula los mecanismos de producción específica de las prestaciones económicas del Centro y su misión es, para las A.E. N.P., dar respuesta a necesidades concretas de familias que carecen de medios económicos suficientes, y para las A.E.F., prevenir situaciones de riesgo en menores derivadas de carencias económicas de la familia.

Se tratan de prestaciones reglamentadas y por tanto los clientes del proceso son aquellos usuarios que reúnen los requisitos establecidos en las normativas de referencias, las cuales están perfectamente documentadas en el proceso.

Los principales proveedores son las U.T.S. para las A.E.N.P. y los E.I.S., para las A.E.F. El proceso describe el flujo técnico administrativo que supone la gestión de estas prestaciones: prescripción del recurso, generación documental del expediente y su instrucción, notificación, seguimiento de la eficacia de la prestación, justificación del gasto. Los

output del proceso son los expedientes administrativos instruidos, ya que el trámite no termina en el C.S.S.C.

f. Proceso Operativo del Servicio de Ayuda a Domicilio (S.A.D.). Este servicio tiene como misión promover, mantener o restablecer la autonomía personal del individuo o familia con el fin de facilitar la permanencia en el medio habitual de vida evitando situaciones de desarraigo y desintegración. El proceso detalla la gestión de las prestaciones que integra el S.A.D.: servicios domésticos y personales, teleasistencia y comida a domicilio.

Los Clientes externos son los usuarios del servicio, personas con limitaciones de autonomía personal para el desarrollo de las *Actividades de la Vida Diaria* (AVD). El Reglamento Municipal del Servicio de Ayuda a Domicilio especifica con detalle los requisitos del cliente externo, estableciendo las condiciones económicas, socio-familiares y de salud para poder acceder las distintas prestaciones contempladas.

La titularidad y gestión integral del S.A.D. corresponde al centro de Servicios Sociales. La prestación del servicio se realiza por contratación externa (proveedores externos): los servicios domésticos y personales (la Empresa Municipal Mas Cerca SAM), la teleasistencia (SERGESA) y la comida a domicilio (EUREST).

Los proveedores internos del S.A.D. son básicamente las U.T.S., mediante su función de prescripción, aunque también los E.I.S., pueden incluir en los PIF el acceso a estas prestaciones.

Las entradas están constituidas por el expediente de prescripción del S.A. D., incluyendo el baremo, los tipos de prestaciones, la cantidad de servicio en horas y la periodicidad de la prestación. También se consideran entradas el estudio detallado del caso y especialmente la valoración de la autonomía para las AVD.

Los productos del S.A.D. son las atenciones domésticas y personales (limpieza y aseo del hogar, atenciones relacionadas con la alimentación y el vestido, aseo personal, acompañamiento exterior, apoyo a la movilidad, tratamientos socio-educativos, etc.), teleasistencia y comida a domicilio.

Las acciones que definen el proceso de producción del S.A.D. comienzan a partir de la prescripción de recursos por parte de las U.T.S. La comunicación de las demandas a la empresa proveedoras y el despliegue de los mecanismos de seguimiento directo de los servicios completan el proceso.

g. Proceso Operativo de Alojamiento Alternativo. Tiene como misión facilitar a personas y familias carentes de medio de convivencia (carencia de hogar, dificultades de autoalimentación, imposibilidad de atender en horario laboral...) un alojamiento alternativo adecuado.

El cliente externo del proceso está constituido por personas y familias sin hogar debido a catástrofes, ruina y desalojo de la vivienda, así como por personas con limitaciones severas para las A. V. D., menores con madres trabajadoras y personas víctimas de malos tratos. Los proveedores externos son las distintas instituciones residenciales y Centros de Día del Sistema Público y de la Iniciativa Privada.

La entrada al proceso es la demanda directa a través de cita previa a la U.T.S., o la indirecta mediante Notificación de Demanda presentada por terceros. En ambos casos el proveedor interno es la unidad de Recepción de la Demanda. Las salidas del proceso son el Informe de prescripción de alojamiento alternativo en institución pública o la contratación de plaza en centro privado.

El flujo de producción del proceso se resume en las siguientes actividades:

- a. Se inicia con la prescripción por parte de las U.T.S., de la necesidad de este recurso.
- b. Las U.T.S. deberán discriminar si se trata de una demanda urgente que requiere atención inmediata.
- c. En el supuesto de urgencia, se procederá a localizar la disponibilidad de plaza pública de alojamiento.
- d. Si se dispone de plaza pública de alojamiento, se emitirá el correspondiente informe de prescripción, remitiéndose al organismo titular. Si el usuario requiere apoyo para desplazarse se realizará el desplazamiento con el vehículo del Centro.
- e. Si no se dispone de plaza pública, se procederá a localizar plaza en centro privado. Si el usuario requiere apoyo económico, se procederá a gestionar A.E.N.P. En caso contrario se acordará el pago con el usuario.
- f. En los supuestos de demanda ordinaria (no urgente), se procede a emitir el correspondiente informe de prescripción, remitiéndolo al organismo correspondiente.

h. Proceso Operativo de las Ayudas de Apoyo Escolar. Este proceso tiene como misión facilitar a menores de familias con dificultades sociales la inserción escolar mediante la dotación de libros de textos, material escolar y vestido escolar.

Los clientes externos son escolares de Primaria y E.S.O. que pertenecen a familias en dificultad social o carentes de medios económicos, y familias con P.I.F., y que tienen menores en edad escolar.

Los Proveedores externos están formados por distintos establecimientos comerciales ubicados en el Distrito. Los proveedores internos son la Recepción de la Demanda y los mismos E.I.S. Estos van a loran con los beneficiarios las necesidades concretas y se derivan a los distintos proveedores para hacer efectiva la ayuda en especie, utilizando un sistema de vales canjeables.

i. Proceso Operativo de Informes Técnicos. La misión del proceso es informar a órganos judiciales, al Servicio de Protección de Menores y servicios educativos, acerca de la situación social de individuos o familias, valorando la situación y aportando un dictamen profesional. En general este proceso regula la elaboración de informes sobre menores en situación de riesgo social, situaciones de malos tratos (mujeres, menores, mayores), seguimientos de medidas de protección de menores y personas carentes de capacidad para gobernarse a sí mismas.

Los clientes externos están formados por las instituciones demandantes o destinatarias de los informes, tales como Servicio de Protección de Menores, Fiscalía de Menores, Fiscalía Audiencia Provincial, Juzgado de Familia, Delegación de Educación, entre otras. En este caso, las personas y familias objeto de los informes son proveedores de la información que requiere el proceso.

Las entradas del proceso son las solicitudes de petición externa de informes así como los documentos de prediagnóstico de U.T.S. o diagnóstico de E.I.S., referidos al alcance del proceso. Las salidas o productos son los informes técnicos dirigidos a la entidad correspondiente.

El proceso de informe técnico se puede comenzar a iniciativa de la U.T.S., para dar cumplimiento a sus funciones de prescripción de recurso e informar de la situación de individuos y familias (Informe Social); también da comienzo a iniciativa de los E.I.S.; en la mayoría de los casos el proceso se activa tras una solicitud por parte de las instituciones contempladas en el alcance.

El procedimiento a seguir integra como actividades básicas *el Estudio del caso, Análisis, valoración y propuesta, y la Redacción del informe*. Todo informe debe contener al menos los siguientes apartados:

- 1.- Identificación del Centro de Servicios Sociales.
- 2.- Identificación de la institución a la que se dirige el informe.
- 3.- Datos de identificación del usuario y/o familia.
- 4.- Descripción de la situación que origina la emisión del informe.
- 5.- Valoración diagnóstica de la situación y si procede propuesta de actuación.
- 6.- Fecha, nombre y apellidos del/los profesional/es que emite y firma de los mismos.

j. Proceso Operativo del Aula de Educación Familiar. Las Aulas de Educación Familiar tienen como misión el desarrollo de habilidades y actitudes personales y familiares positivas para la convivencia (la administración del hogar, la inserción laboral, la gestión de la propia salud, el uso creativo del tiempo libre...), y la autonomía social. Aplica un conjunto de métodos y técnicas grupales basadas en la educación social.

Los clientes externos del proceso son personas y familias que se encuentran en situaciones de crisis, desestructuración familiar, desajustes en su desarrollo personal, déficits de relación con los sistemas sociales, o se encuentran en estado de riesgo social. El proveedor interno del proceso es el EIS y por tanto cualquier beneficiario de las aulas deberá ser objeto de Plan de Intervención Individual/familiar.

En la Programación General del C.S.S. se decide el número Aulas y contenido de los distintos módulos temáticos, sesiones, ponentes, etc. que integrará el programa anual. El proceso lo iniciamos con la apertura del correspondiente Expediente de Actividades Grupales y Comunitarias para cada Aula y la selección de los participantes a partir de las familias que en su P.I.F. se ha prescrito y acordado el tratamiento grupal formativo.

La estructura responsable son los E.I.S., y durante el desarrollo de las sesiones los educadores sociales realizan un seguimiento de la eficacia del programa y de la evolución de los participantes.

k. Proceso Operativo de Talleres. Los talleres ocupacionales tienen como misión mejorar las habilidades de relación de los usuarios, modificar sus conductas y pautas de comportamiento negativas, mejorar el grado de autoestima de los participantes así como educar en la convivencia y la cooperación social.

Los clientes externos son menores, adultos y mayores miembros de las familias de Tratamiento Familiar y familias normalizadas que viven en la zona. El proveedor interno del proceso es el E.I.S., y por tanto cualquier beneficiario de los talleres deberá ser objeto de Plan de Intervención Individual/familiar. Además, este proceso cuenta con proveedores externos que aportan los monitores y materiales para el desarrollo de los talleres.

El proceso se activa a partir de la Programación General del C.S.S., en la que se decide el tipo, número y contenido de los talleres. Anualmente el Centro comunica a las empresas proveedoras de los monitores el contenido de la programación y sus posibles modificaciones.

Los E.I.S., principales proveedores internos, proceden a la apertura de los correspondientes *Expedientes de Actividades Grupales y Comunitarias* para cada taller, y seleccionan los participantes a partir de las familias que en su PIF se ha determinado la necesidad de tratamiento grupal de talleres. A su vez, seleccionan por orden de fecha de solicitud a los beneficiarios del cupo libre (familias normalizadas). En los casos de menores o personas tuteladas se firmará la correspondiente autorización de los padres o tutores.

Semanalmente se desarrollan las sesiones de talleres previstas, aplicando técnicas didácticas adecuadas a los objetivos que se persiguen, destacando el refuerzo de contingencias como principal instrumento educativo y siempre bajo supervisión de los Educadores Sociales responsables de los casos.

El monitor-coordinador de los talleres, que desarrolla funciones de apoyo y supervisión durante la realización de los talleres, los monitores y educadores sociales de los E.I.S. realizan una evaluación periódica de la evolución que experimentan los participantes en los talleres.

I. Proceso Operativo para la Educación en el Tiempo Libre. Las actividades de ocio y tiempo libre tienen la misma misión que los talleres ocupacionales, mejorar las habilidades de relación de los usuarios, modificar sus conductas y pautas de comportamiento negativas, mejorar el grado de autoestima de los participantes así como educar en la convivencia y la cooperación social.

Tanto los clientes internos como los proveedores internos son los mismos que el proceso anterior. En éste, también participan los monitores como proveedores externos.

El proceso se activa a partir de la Programación General del C.S.S., en la que se decide el tipo, número y contenido de las actividades de Educación en el Tiempo Libre. Anualmente el Centro comunica a las empresas proveedoras de los monitores el contenido de la programación y sus posibles modificaciones.

Los E.I.S., principales proveedores internos, proceden a la apertura de los correspondientes *Expedientes de Actividades Grupales y Comunitarias* para cada actividad, y seleccionan los participantes a partir de las familias que en su P.I.F., se ha determinado la necesidad de tratamiento grupal de tiempo libre y entre los beneficiarios de los talleres ocupacionales. Para todas las actividades se remitirá a la compañía aseguradora el listado correspondiente de los participantes. Las actividades pueden ser salidas culturales, visitas a equipamientos e instalaciones diversas, actividades lúdico-festivas, etc.

Los monitores y E.I.S. realizan la evaluación de cada actividad. El proyecto se evalúa junto al conjunto de la Programación del Centro de Servicios Sociales.

3.3.- Los Procesos de Apoyo: Recursos Humanos, Infraestructura y Compras.

En el capítulo 6 del Manual de Calidad se describen los procesos relacionados con la Gestión de los Recursos que el Centro necesita para hacer viables el conjunto de procesos operativos. Corresponde a la Dirección proporcionar los recursos necesarios, materiales y humanos, para implantar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad de forma continua, asegurando la mejora permanente de los procesos y el logro de la satisfacción del usuario.

La dirección tiene encomendada realizar de manera continua las siguientes actividades:

- a. Identificar y proporcionar las competencias necesarias de los profesionales a través de la formación interna y externa.
- b. Mantener en un estado adecuado la Infraestructura y equipamientos necesarios (mobiliario, equipos de comunicaciones...) para el desarrollo de los procesos operativos.
- c. Proponer y gestionar la contratación de las asistencias técnicas y trabajos externos necesarios que garanticen correcto funcionamiento de los procesos operativos.

En relación a los recursos humanos, la dirección del Centro debe procurar que el personal se adecue a los perfiles de puestos y éstos a los requisitos de los procesos. En los perfiles de puestos se detallan los requisitos de formación, experiencia y adiestramiento que deben reunir las personas que realizan las tareas de dirección, ejecución, verificación u otras en el conjunto del Centro.

La formación de todo el personal del Ayuntamiento de Málaga se gestiona a través del Servicio de Calidad y Modernización. Además la Dirección del C.S.S.C. realiza de forma interna y planificada acciones para la gestión del conocimiento y la formación complementaria del personal. Realizando las siguientes actividades:

- a. Detección de las necesidades de formación del personal de las distintas unidades y equipos.
- b. Planificación de la formación necesaria para la satisfacción de las necesidades detectadas, a través del *Plan de Gestión del Conocimiento e Información Técnica*.

c. Evaluación de la eficacia con el fin de comprobar si se están poniendo en práctica los conocimientos adquiridos.

En cuanto a las *infraestructuras*, la dirección del centro realiza un constante seguimiento y gestiones ante los correspondientes Servicios Centrales del Ayuntamiento, que son los proveedores internos de estas infraestructuras, tanto en lo que se refiere a elementos estructurales para la prestación de los servicios (oficinas, talleres, despachos, etc.), como en lo que se refiere a equipos informáticos y sistemas de comunicaciones en general (telefonía, Intranet, Internet, servicios de correo electrónico...).

Para la gestión de las compras se ha definido un proceso específico, que desarrolla la sistemática aplicada para la adquisición de productos y servicios necesarios en la realización de las actividades y prestaciones del Centro. Este procedimiento se aplica para la adquisición de bienes corrientes y servicios (capítulo 11 del presupuesto) y de algunas inversiones reales (capítulo VI del presupuesto). Asimismo, se aplica para formalizar la relación con los proveedores internos que prestan servicios al centro desde otras áreas o empresas del Ayuntamiento de Málaga.

En él, se establecen los tipos de bienes que requieren los procesos operativos para su eficacia, las distintas modalidades de adquisición y contratación que se utilizarán (Anticipo de Caja, Orden de Compra, Mandamiento de Pagos), criterios de selección de proveedores, información y recepción de compras, así como la evaluación de los proveedores.

4.- LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE CALIDAD

4.1.- Documentación y comunicación interna

Todo el Sistema Documental está especificado en el Procedimiento de Calidad POC-4.2-01 *Gestión de la Documentación*, el cual fija las líneas de actuación para la identificación, codificación, elaboración, revisión, aprobación, distribución y modificación de toda la documentación que constituye el Sistema de Calidad del Centro.

Todos los documentos que recogen requisitos de Calidad, están sometidos a un proceso de revisión y aprobación por la dirección, previo a su distribución. Además se encuentran identificados por su nombre y código así como por la fecha de entrada en vigor. Se distribuyen a los profesionales afectados, de forma que en cada puesto se dispone de los documentos necesarios para la realización de su trabajo.

El Sistema tiene prevista una distribución informática de todos los documentos a través de la Intranet del Centro en formatos protegidos contra escritura y disponibles en soporte informático para que sean cumplimentados.

Para el adecuado control y uso de la documentación, existe una *Lista de Documentos en Vigor* donde se especifica cuáles son los documentos en vigentes y válidos del sistema.

El procedimiento, en una segunda parte, detalla la organización, funcionamiento y directrices a seguir en el Registro Documental Interno del Centro, así como las especificaciones requeridas para los Registros de los Expedientes Familiares y de los Expedientes de Actividades Grupales y Comunitarias, destacando los requisitos de su contenido, su

forma de registro, localización física, etc.

Para asegurar la correcta transmisión de la información en los sentidos ascendente, horizontal y descendente, el *Procedimiento de Calidad POC-5.5-01 Comunicación Interna* describe los sistemas de comunicación interna establecidos en el Centro, definiendo la sistemática establecida para asegurar la difusión del Sistema de Gestión de la Calidad y la comunicación interna entre los distintos niveles y funciones del Centro.

En este Procedimiento se especifican la periodicidad, composición y estructuración de las distintas reuniones, así como los asuntos a tratar imprescindibles, la forma de convocatoria, el plazo y el registro de actas. Se detallan los tipos de reuniones necesarias para garantizar el sistema de comunicación: reuniones semanales de EIS, reuniones quincenales de Centro, reuniones mensuales de coordinación de Talleres y reuniones “ad hoc” que podrán ser convocadas por la Dirección y por el Responsable de Calidad.

El Sistema dispone de diversas herramientas y métodos para facilitar la comunicación interna, destacando los medios informáticos como el Correo electrónico interno, Intranet e Internet; además de las comunicaciones generales, por medio de notas internas, paneles informativos o charlas.

La organización documental del trabajo de todas las unidades del Centro está basada en una estructura de Carpetas Compartidas, soportadas en la Intranet, Dichas Carpetas están ordenadas en directorios donde se comparten y disponen de la documentación generada en el trabajo cotidiano, información técnica y aplicaciones de uso común por las distintas unidades,

4.2.- El Comité de Calidad

El procedimiento *POC-5.6-01 Funcionamiento del Comité de Calidad* tiene por objeto describir la sistemática establecida y utilizada para efectuar la planificación, el análisis periódico de los datos y la revisión del Sistema de Calidad por parte de la Dirección. Estas actividades son llevadas a cabo en el seno del Comité de Calidad, de forma que le permitan contrastar el funcionamiento del Sistema, evaluar su eficacia y comprobar el cumplimiento de la Política de Calidad y de los Objetivos de Calidad establecidos,

El Comité de Calidad está compuesto por el Director del Centro (Presidente), el Responsable de Calidad (Secretario) y dos trabajadores sociales, 2 educadores sociales, un animador socio-cultural y un auxiliar administrativo (Vocales), siendo las funciones más destacadas:

1. Realizar un seguimiento de los Objetivos de Calidad y apoyar su implantación,
2. Evaluar las No Conformidades y proponer acciones correctoras y preventivas,
3. Proponer modificaciones o mejoras sobre los Procesos y procedimientos,
4. Proponer y revisar para su aprobación la Documentación del Sistema. Revisar el Plan de Auditorías, el Plan de Formación y colaborar en la Revisión por la Dirección.
5. Analizar y proponer la aplicación de nuevas tecnologías, nuevas normas y regla-

mentaciones.

6. Promover la creación de Grupos de Mejora entre los profesionales.

4.3.- Gestión del Conocimiento

Los aspectos relacionados con las competencias del personal y su formación están especificados en el Procedimiento POC- 6.2-1 *Gestión del Conocimiento e Información Técnica* el cual tiene por objeto:

- Definir los perfiles profesionales y formativos de los distintos puestos y funciones de la organización del centro.
- Asegurar la actualización del conocimiento de su personal, mediante acciones de reciclaje e información de recursos de Protección Social.
- Implantar la “sesión de casos” como método formativo teórico-práctico.
- Profundizar los aspectos científico-técnicos de los procesos operativos.

El Plan de Formación Municipal es elaborado por el Servicio de Calidad y Modernización del Ayuntamiento de Málaga, a través del Centro Municipal de Formación. El Sistema tiene previsto complementar la formación del personal de forma interna mediante acciones formativas para el reciclaje y actualización del personal.

En general, son necesarias actividades de Gestión del Conocimiento y de la Información Técnica cuando:

- El personal a designar para la realización de una actividad tiene una formación previa insuficiente para realizarla adecuadamente.
- Se incorpora nuevo personal al Centro.
- Se producen cambios en los procesos y técnicas de trabajo, en la Organización o en el Sistema de Gestión de la Calidad que afecten a las actividades a realizar.
- Se crean nuevos programas o servicios de protección social que repercuten en nuestro ámbito de actuación.
- Miembros del equipo de profesionales realizan cursos externos de gran interés para las funciones de un grupo o el conjunto de los profesionales.
- Familias multi-problemáticas que en su abordaje se han aplicado nuevos métodos o ha supuesto la adquisición de nuevos conocimientos.

Todas las acciones formativas contempladas en el Plan de Gestión del Conocimiento son evaluadas, tanto por los beneficiarios de las mismas, como por el Responsable de Calidad con relación a la eficacia obtenida para el desempeño de los puestos de trabajo.

En el F-POC-6.2-01/04 *Perfiles de Puestos* se define los requisitos de formación y experiencia que deben reunir las personas que trabajan en el conjunto del Centro de Servicios

Sociales y el F-POC-6.2-01/05 *Ficha de Historial Profesional* especifica el puesto ocupado y los datos de titulación, experiencia y formación.

4.4.- Tratamiento de las no conformidades

Para garantizar un adecuado control de las actuaciones no conformes con los requisitos especificados en los procesos, así como para detectar, analizar y corregir las causas que producen o puedan potencialmente producir deficiencias en la calidad, se establecen las denominadas *No Conformidades*.

El tratamiento de las no conformidades, su sistemática, además del tratamiento de las reclamaciones o quejas de los usuarios, se especifica en el POC-8.3-1 Control de No Conformidades, Quejas y Gestión de Acciones Correctivas y Preventivas (Tabla 4).

El control de una no conformidad se inicia cuando se detecta un elemento no acorde con lo especificado en los documentos del sistema, bien por el personal del Centro (Interna), bien cuando llega en forma de quejas y reclamaciones de usuarios (externa). Para ello se identifica de forma clara y precisa la acción no conforme así como los requisitos específicos que son incumplidos.

La detección de una no conformidad activa una “alarma” en el Sistema y hace que este despliegue una serie de mecanismos para corregir o prevenir la situación detectada. Para ello se utiliza el formato *F-POC8.3-01/01 Parte de No Conformidad y Acción Correctiva/Preventiva*.

El Responsable de Calidad evalúa, en colaboración con cualquier personal necesaria, la deficiencia descrita en el Parte de No Conformidad, estableciendo las posibles causas que han originado la no conformidad y el tratamiento previsto para la resolución de la misma (acciones inmediatas, acciones correctivas y/o preventivas). Tras la ejecución de las medidas adoptadas se evaluará la eficacia de las mismas y se procederá al cierre del parte de no conformidad.

4.5.- Auditorías, seguimiento y medición de los procesos

La realización de Auditorías Internas es uno de los requisitos de la norma ISO 9001/2000; para examinar su implantación y eficacia se especifica el POC-8.2-02 *Auditorías Internas*.

La Auditoría está definida en este POC como un *examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas, y para comprobar que estas disposiciones se llevan a cabo eficazmente y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previsto*.

La Auditoría se realiza sobre la base de evidencias objetivas, que son informaciones y constataciones de hechos basadas observaciones y medidas que pueden verificarse.

Todas las áreas de la organización cubiertas por el Sistema son auditadas como mínimo una vez al año y se procura que interfiera lo menos posible en las actividades que

realiza la organización.

El F-POC8.2-02/01 Plan Anual de Auditorías especifica las Auditorías que se llevarán a cabo en el año y el equipo auditor encargado de su realización.

Las desviaciones detectadas deben de estar documentadas de forma precisa y concisa y basarse en datos objetivos y no en impresiones subjetivas del auditor. Además, se tratará de verificarlas a través de otras fuentes independientes tales como la observación física, la medición y los registros.

Al término de la auditoría, el equipo auditor expone las desviaciones detectadas y de las conclusiones obtenidas, de tal modo que se asegure que se entienden claramente los resultados y que son aceptados. Con posterioridad el auditor realiza el Informe Final de Auditoría detallando todo el proceso. El responsable del Área auditada y el Responsable de Calidad establece las acciones correctoras necesarias para solucionar las desviaciones detectadas.

La evaluación de los resultados de los Procesos Operativos se concreta en el POC-8.2-03 Definición y Seguimiento de Procesos. Cada uno de los Procesos Operativos especifica en su correspondiente Ficha de Proceso los indicadores que se utilizarán para su seguimiento y medición.

Los datos obtenidos relativos a los indicadores de cada Proceso Operativo se vuelcan en el F-POC-8.3-03/02 **Panel de Indicadores**. Donde se especifican la descripción de cada uno de los indicadores de los procesos, el valor de referencia (V.R.) que indica el funcionamiento normal del proceso, el valor obtenido en la medición del funcionamiento real del proceso, el método de medición para la obtención de los valores reales y el periodo evaluado.

En el caso de que un resultado no cumpla con el valor de referencia establecido, se indicará en el campo observaciones la explicación o posibles causas del incumplimiento; y si se decide abrir una no conformidad se indicará en la casilla correspondiente.

Este Panel de Indicadores, como todos los documentos de calidad, está en las carpetas compartidas para conocimiento de todos los trabajadores. En el siguiente apartado 5° Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad se detalla el Panel de Indicadores del pasado año 2003.

4.6.- Satisfacción de usuarios

El POC-8.2-01 Medición de la Satisfacción de usuario/cliente define el método seguido para planificar, obtener y analizar la información relativa a la percepción del cliente o usuario respecto al cumplimiento de sus requisitos. En el apartado siguiente 5° Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad se especifican todas las actividades realizadas conforme a este procedimiento.

5.- EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Las tres herramientas básicas para la evaluación del Sistema y establecer la mejora continua son la medición de los procesos, la evaluación de la satisfacción de usuarios y la Revisión por la Dirección.

5.1.- Evaluación de los procesos

El Seguimiento y Evaluación de los procesos operativos se obtiene del análisis de los 54 indicadores que el Sistema tiene establecido. El análisis se realiza a partir del Panel de Indicadores que presenta la obtención de los datos por cuatrimestre lo que permite *monitorizar* el funcionamiento de los procesos a lo largo del periodo anual.

El objetivo de implantación era alcanzar el cumplimiento de al menos el 80 % de los 54 indicadores de calidad previstos. Finalmente un total de 42 de ellos cumplieron con su valor de referencia, por lo que el *grado de cumplimiento fue del 82,35 % de los indicadores*. Por ello el sistema se mostró eficaz para alcanzar los resultados previstos en los indicadores de los procesos.

Para los indicadores que no cumplieron con su valor de referencia establecido se analizaron las posibles causas del incumplimiento y se abrieron las correspondientes no conformidades

A modo ilustrativo se reseña un resumen de los resultados de la evaluación del año 2003, donde se especifican los valores obtenidos de algunos de los indicadores en el último cuatrimestre (Tabla 5).

5.2.- Medición de la satisfacción de usuarios

La satisfacción de los usuarios se evaluó atendiendo a los atributos de fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad (Profesionalidad, Cortesía, Credibilidad, Seguridad Física) y empatía (Accesibilidad, Comunicación y Comprensión).

Estos aspectos se midieron a través de la F-POC-B.2-01/01 Encuesta de Satisfacción Usuarios del año 2003, en la que el usuario valoró tanto la importancia otorgada al atributo como la satisfacción obtenida con relación al mismo. Se eligió una muestra de 94 usuarios representativa del total de 1.445 atendidos en los “procesos operativos prestacionales”, desde 1 de Enero de 2003 a 17 de Octubre de 2003, lo que supone un grado de confianza del 95 por ciento.

Se obtuvo un *Índice de Satisfacción Global de 4,54* sobre un máximo de 5, lo que indicó un alto grado de satisfacción de los usuarios con el Sistema de Gestión de Calidad.

5.3.- Revisión por la dirección y mejora continua

La Revisión por la Dirección despliega una *evaluación global del Sistema* de Gestión de Calidad y establece las medidas de mejora que son necesarias contemplar en futuras

planificaciones. Se realiza cuando concluye el periodo anual de planificación.

A final del 2003 se analizó globalmente todos los resultados con relación a los Objetivos, Indicadores, Reclamaciones, No Conformidades, Medición de la Satisfacción de los usuarios, Auditorías Interna, Gestión del Conocimiento; en el seno del Comité de Calidad.

Se analizaron los resultados de los indicadores de forma detallada, explicando la causa de los incumplimientos y sus oportunidades de mejora o corrección, determinando de forma general que todos los procesos operativos eran capaces de obtener los resultados previstos.

Hasta este momento no se había recibido ninguna Reclamación de usuarios. Se documentaron, sin embargo, siete No Conformidades, una Interna y seis procedentes de la Auditoría Interna. Se comprobó que todas se encontraban ejecutadas en plazo, salvo una que contaba con un plazo mayor. También se decidió mantener la Planificación prevista de Gestión del Conocimiento.

En cuanto a la Medición de la Satisfacción, se analizaron todos los detalles del Informe de Valoración de usuarios, valorándose como muy positivos los resultados, decidiendo trasladar al Área de Bienestar Social las sugerencias recibidas con relación a aumentar el tiempo medio de atención del S.A.D., mediante un incremento presupuestario y la petición de que se tomen medidas para que se acorten los tiempos entre la resolución de A.E.N.P. y su cobro.

A modo ilustrativo, citamos como ejemplo algunas de las Oportunidades de Mejora propuestas en esta revisión por la dirección:

- *Dado el elevado nº de atenciones evacuadas en Recepción de la Demanda, durante el horario de atención al público, atenderán dos auxiliares en dos puestos polivalentes.*
- *Dado que el porcentaje de usuarios que no asisten a la cita se recordará al usuario en el momento de concertar la Cita, que en caso de no poder acudir, está obligado a comunicarlo al Centro con la suficiente antelación.*
- *Se introducirán en la estructura de los procesos operativos métodos para que los usuarios del Aula de Educación Familiar, de los Talleres de Inserción y de las Actividades de Ocio y Tiempo Libre evalúen el contenido, interés y organización de las sesiones.*

Con todos estos resultados, la Dirección consideró que el sistema de calidad es una herramienta capaz de alcanzar los resultados planificados y se consideró que el sistema se había implantado de forma completa a los requisitos de la norma UNE EN ISO 9001:2000.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española para la Normalización. Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario (ISO 9001:2000). AENOR. Madrid, 2000.

- Asociación Española para la Normalización. Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos (ISO 9001:2000). AENOR. Madrid, 2000.

- CABO J. *Curso: La Gestión de la Calidad en la Atención Primaria de los Servicios Sociales*. Jaén: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003.

- CANOVAS F. y PARDAVILA B. *La Gestión de la Calidad en los Servicios Sociales*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004.

- Centro de Servicios Sociales Comunitarios Distrito Centro. *Manual de Calidad*. Excmo. Ayuntamiento de Málaga. Málaga, 2003.

- Centro de Servicios Sociales Comunitarios Distrito Centro. *Fichas de Procesos Operativos*. Excmo. Ayuntamiento de Málaga. Málaga, 2003.

- Centro de Servicios Sociales Comunitarios Distrito Centro. *Procedimientos de Gestión de Calidad*. Excmo. Ayuntamiento de Málaga. Málaga, 2003.

- Comisión de Modernización y Calidad. *Pautas para la aplicación de las Normas ISO 9000:2000 en la Administración Local*. FEMP. Madrid, 2003.

- Comisión de Modernización y Calidad. *Procesos de Mejora Continua*. Revisión 01. FEMP. Madrid, 2003.

- GARCÍA G. Y RAMÍREZ JM. *Diseño y evaluación de Proyectos Sociales*. Zaragoza: Libros Certeza, 1996.

- GIL, C. "El Control de Calidad en los Servicios Sociales: aproximación teórica y metodológica". *Revista Documentos de Trabajo Social*. 1993;0: 111-128.

- KNAPP M. *La Economía de los Servicios Sociales*. Barcelona: Ed. EUGE, 1990.

- PARREÑO A. *Curso: La Gestión de la Calidad en los Servicios Sociales Comunitarios*. Universidad de la Axarquía. Vélez Málaga, 2003.

- SALVADOR MJ. "Los retos de la calidad en los Servicios Sociales". *Revista de Servicios Sociales y Política Social* 2000; 50: 27-53.

- SATURNO PJ, GASCÓN JJ. Y PARRA P (Ed.). *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Madrid: Du Pont Pharma, 1997.

- Servicio de Calidad y Modernización. *Manual de Evaluación de la Calidad*. La Satisfacción de los Ciudadanos. Ayuntamiento de Málaga. Málaga, 2002.

- Servicio de Calidad y Modernización. *Plan Municipal de Calidad*. Ayuntamiento de Málaga. Málaga, 2004.

- TALAVERA C. *Seminario-Taller de Sistemas de Indicadores*. Ayuntamiento de Málaga. Málaga, 2004.

EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS DEL DISTRITO CENTRO. PROFESIONALIZACIÓN Y GARANTÍA DE DERECHOS

FIGURA 1



FIGURA 2

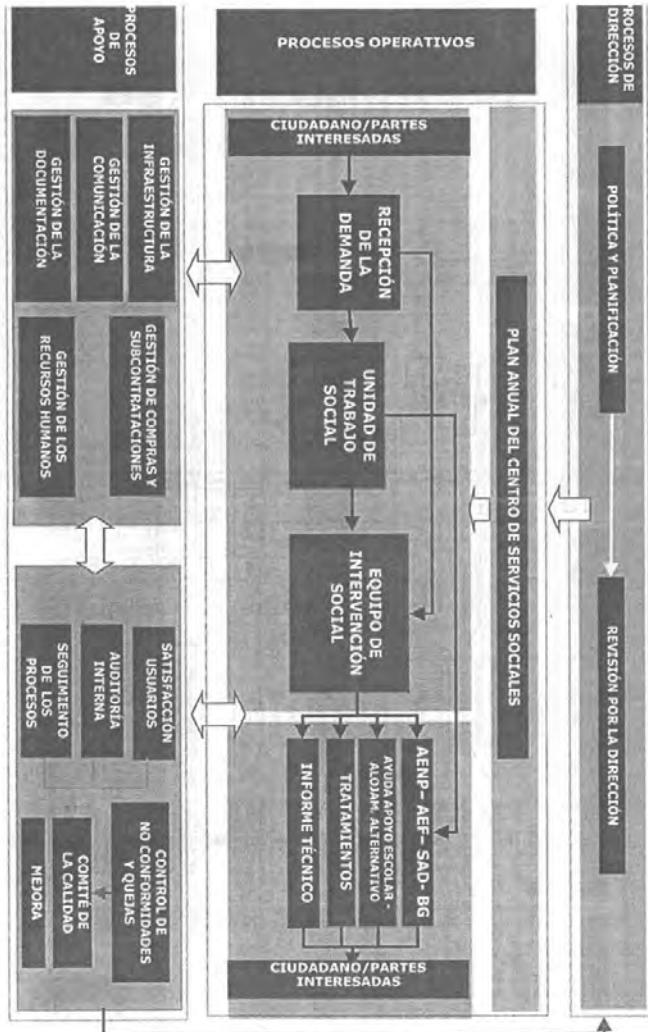


FIGURA 3

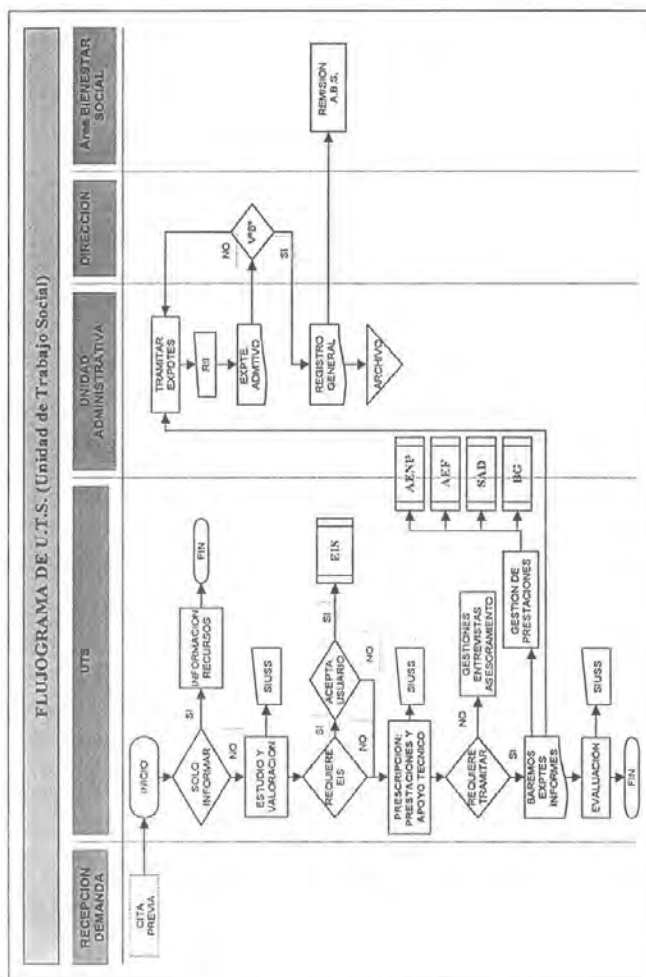


TABLA 1



 <p>Centro de Servicios Sociales Comunitarios Distrito Centro Plan de Calidad</p>	<p>1-PC-04 (Estr. Anual) CSS</p>	<p>Doc: FPP-00091</p>	<p>EDICIÓN Y Fecha: del 08/03</p>	
<p>DIAGNÓSTICO SOCIAL</p>		<p>PLAN ANUAL AÑO 2004 CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS DISTRITO CENTRO</p>		<p>PROYECTOS</p>
<p>OBJETIVOS GENERALES</p>		<p>PROGRAMAS</p>		<p>PROYECTOS</p>
<p>84.625 habitantes (crecimiento respecto 2003 del 4,2%).</p>	<p>Que la población acceda a los recursos sociales.</p>	<p>PR1-Trabajo Social de Zona.</p>	<p>PR1- Información, valoración y orientación. PR2- Actualización del Estudio-Diagnóstico de la ZTS.</p>	<p>PR1- Información, valoración y orientación. PR2- Actualización del Estudio-Diagnóstico de la ZTS.</p>
<p>Tendencia al envejecimiento: 24% en Casco Histórico; 4.832 mayores viven solos; 4.276 mayores >89 años.</p>	<p>Lograr una convivencia personal y familiar adecuada y satisfactoria.</p>	<p>PR2- Familia y Convivencia.</p>	<p>PR2- Tratamiento Familiar. PR3- Servicio de Ayuda a Domicilio. PR4- Alojamiento Alternativo. PR5- Aula de Educación Familiar. PR6- Atención Social en Corralón de Sta. Sofía.</p>	<p>PR2- Tratamiento Familiar. PR3- Servicio de Ayuda a Domicilio. PR4- Alojamiento Alternativo. PR5- Aula de Educación Familiar. PR6- Atención Social en Corralón de Sta. Sofía.</p>
<p>33.679 unidades familiares; 3.555 familias numerosas; 571 familias > de 6 miembros.</p>	<p>Lograr la integración social de personas y grupos especiales.</p>	<p>PR3- Prevención de Marginación e Inserción Social.</p>	<p>PR7- Prevención del Absentismo Escolar. PR8- Educación en el Tiempo Libre. PR9- Talleres para la Inserción Social. PR10- Ocio terapéutico para mayores. PR11- Intervención sobre la infirmitad.</p>	<p>PR7- Prevención del Absentismo Escolar. PR8- Educación en el Tiempo Libre. PR9- Talleres para la Inserción Social. PR10- Ocio terapéutico para mayores. PR11- Intervención sobre la infirmitad.</p>
<p>Valoraciones en año 2003: Inadecuada información acceso a los recursos sociales: 551 usuarios (17,37%); Inadecuada convivencia personal y familiar 758 usuarios (23,89%); Inadecuada integración social 666 usuarios (20,09%); Falta de medidas para necesidades básicas 1.198 usuarios (37,76%).</p>	<p>Promover la solidaridad social, el voluntariado y la coordinación de las entidades sociales.</p>	<p>PR4- Cooperación Social</p>	<p>PR12- Coordinación y desarrollo del Plan Director Social. PR13- Difusión y canalización del Voluntariado Social. PR14- Apoyo técnico a asociacionismo de Solidaridad.</p>	<p>PR12- Coordinación y desarrollo del Plan Director Social. PR13- Difusión y canalización del Voluntariado Social. PR14- Apoyo técnico a asociacionismo de Solidaridad.</p>
<p>Colectivos de riesgo social: la familia, mayores, mujeres, inmigrantes.</p>	<p>Cubrir necesidades básicas por falta de medios para la subsistencia.</p>	<p>PR5- Prestaciones Económicas Complementarias</p>	<p>PR15- Ayudas Económicas no Peribélicas. PR16- Ayudas Económicas Familiares. PR17- Becas de Guarderías.</p>	<p>PR15- Ayudas Económicas no Peribélicas. PR16- Ayudas Económicas Familiares. PR17- Becas de Guarderías.</p>
<p>Barrios con mayor necesidad social: Casco Histórico, Cruz Verde, Copichinos, Perchi Norte, Trinidad Sur.</p>	<p>Garantizar un óptimo funcionamiento de Centro de Servicios Sociales</p>	<p>PR6- Gestión del Centro de Servicios Sociales</p>	<p>PR18- Gestión de Personal PR19- Presupuesto y compras PR20- Mantenimiento y recursos. PR21- Gestión de Calidad.</p>	<p>PR18- Gestión de Personal PR19- Presupuesto y compras PR20- Mantenimiento y recursos. PR21- Gestión de Calidad.</p>
<p>Deficiencias en recursos estratégicos para el funcionamiento del CSS.</p>				

TABLA 2

Código	Procedimientos para la Gestión de Calidad.
POC-4.2-01	Gestión de la Documentación
POC-5.5-01	Comunicación Interna
POC-5.6-01	Funcionamiento del Comité de Calidad
POC-6.2-01	Gestión del Conocimiento e Información Técnica
POC-8.2-01	Auditorías Internas
POC-8.2-02	Satisfacción Cliente
POC-8.2-03	Definición y Seguimiento de Procesos
POC-8.3-01	Control de No Conformidades, Quejas y Gestión de Acciones Correctivas y Preventivas

TABLA 3

Código	Procesos Operativos
FP000	Plan Anual de Centro
FP001	Recepción de la Demanda
FP002	UTS (Unidad de Trabajo Social)
FP003	EIS (Equipo de Intervención Social)
FP004	AENP-AEF-BG (Ayudas Económicas y Becas Guardería)
FP005	SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio)
FP006	Ayudas de Apoyo Escolar
FP007	Alojamiento Alternativo
FP008	Tratamiento Aula de Educación Familiar
FP009	Tratamiento Talleres
FP010	Ocio y Tiempo Libre
FP011	Informe Técnico

TABLA 4

 Centro de Servicios Sociales Comunitario Distrito 1 Centro	F-POC8.3-01/01 PARTE DE NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA			Fecha: 15/12/2003
	Nº: 006/03			
TIPO DE NO CONFORMIDAD		Detectado por: Trabajador Social UTS "X"		
<input type="checkbox"/> Auditoría Interna <input type="checkbox"/> Usuario / Cliente <input checked="" type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Auditoría Externa				
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD: Acuden usuarios a la atención directa en días que no corresponden con su cita previa. Ha ocurrido con tres usuarios, que aseguraban que le habían dado cita para ese día en recepción. Ninguno de ellos disponía de la papeleta de cita.				
CAUSA DE LA NO CONFORMIDAD: No se había entregado resguardo de cita cuando se concertó cita previa en Recepción de la Demanda. Ocurrió durante la incorporación de una nueva auxiliar.				
TRATAMIENTO PARA LA NO CONFORMIDAD: Se realizará una entrevista sobre el contenido del Proceso de Recepción de la Demanda con la nueva auxiliar.				
RESPONSABLE: Responsable de Calidad. PLAZO: 1 semana.				
APROBADO (cierre de la NC y decisión de apertura de AACC/PP):		¿Acción Correctiva/Preventiva?: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
GESTIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA (no cumplimentar en caso de marcar NO a la acción Correctora/Preventiva)				
Nº	ACCIÓN PREVENTIVA	RESPONSABLE	PLAZO	CONTROL
14	Entrevista formativa con la auxiliar advo. nº 3, sobre contenidos del Proceso Operativo Recepción de la Demanda.	Responsable de Calidad.	1 semana	X
COMPROBACIÓN DE LA EJECUCIÓN FIRMA: Responsable de calidad		<input checked="" type="checkbox"/> EN PLAZO <input type="checkbox"/> FUERA DE PLAZO⇒ NUEVO PLAZO:		
SEGUIMIENTO Y CIERRE (evidencias de la eficacia): El trabajador social ha recogido las papeletas de citas durante 2 atenciones directas y todos los usuarios disponían de ella.				
X EFICAZ <input type="checkbox"/> NO EFICAZ⇒ NUEVA ACCIÓN Nº:		COMPROBACIÓN DE LA EFICACIA Y CIERRE FIRMA Y FECHA: 16/01/2004		

EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS DEL DISTRITO CENTRO. PROFESIONALIZACIÓN Y GARANTÍA DE DERECHOS

TABLA 5

 Centro de Servicios Sociales Comunitarios Distrito 1 Centro		F-POC-8.3-03/02		
PANEL DE INDICADORES 2003				
FP00 Plan de Centro	VR	Método	4º cuatrimestre 2003	Observaciones
Nº Actividades grupales ejecutadas	85 % programadas	BD Prog. Y Exptes. Grupales	95 %	Cumple VR
FP01 Recepción Demanda	VR	Método	4º cuatrimestre 2003	Observaciones
Demandas que no corresponden a servicios sociales	< 20%	Estadillo Recepción	0,38 %	Cumple VR
Demandas que corresponden a otro distrito	< 10 %	Estadillo Recepción	2,52 %	Cumple VR
FP02 UTS	VR	Método	4º cuatrimestre 2003	Observaciones
Días de espera entre Notificación de demanda y atención del T.S.	<7 días	Aplicación RII	2,29 días	Cumple VR
Nº de usuarios atendidos en despacho por T.S.	28/mes	Aplicación RII	25,14	No Cumple VR
Días espera entre cita y atención del T.S.	< 15 días	Aplicación RII	12,38 días	No Cumple VR
Nº casos propuestos a EIS	4/mes	Actas Reuniones EIS	6	Cumple VR
FP03 EIS	VR	Método	4º cuatrimestre 2003	Observaciones
Tiempo en lista de espera	75 días	Aplicación RII	14,9 días	Cumple VR
FP04 AENP-AEF-BG	VR	Método	4º cuatrimestre 2003	Observaciones
Tiempo entre solicitud y resolución Ayuda Económica	75 días	Aplicación RII	31,2 días	Cumple VR
FP05 SAD	VR	Método	4º cuatrimestre 2003	Observaciones
Casos en alta con baremo autonomía aplicado	95 %	Aplicación RII	77,1 %	No Cumple VR
Casos lista de espera con baremo aplicado	95 %	Aplicación RII	95,2 %	Cumple VR
FP08 AULA DE EDUCACIÓN FAMILIAR	VR	Método	4º cuatrimestre 2003	Observaciones
Nº asistentes por sesión semanal	10 a 15	Aplicación RII	11,6	Cumple VR
FP09 TRATAMIENTO: TALLERES	VR	Método	4º cuatrimestre 2003	Observaciones
Nº beneficiarios que superan 6 puntos de media en la evaluación	>80 %	Hoja Evaluación	85 %	Cumple VR
FP11 INFORME TÉCNICO	VR	Método	4º cuatrimestre 2003	Observaciones
Nº de informes técnicos emitidos	60 % solicitados	Aplicación RII	93,2 %	Cumple VR
Tiempo transcurrido entre solicitud y respuesta	75 días	Aplicación RII	30,6 días	Cumple VR

IX Premio Científico

Año 2005

1.- Trabajo social comunitario para una ciudadanía activa.

Karim Ahmed Mohamed

Trabajo Social Comunitario para una ciudadanía activa

Karim Ahmed Mohamed

Resumen

Con este trabajo se quiere contribuir a establecer las bases para futuras investigaciones que desde el Trabajo Social Comunitario pretendan analizar las interacciones que se produce entre los Estados y los ciudadanos dentro del marco del Estado de Bienestar. Para ello realizamos una propuesta integradora que recoge lo que serían las principales características de un modelo de trabajo social comunitario enfocado a la cristalización de una ciudadanía activa capaz de fiscalizar adecuadamente las políticas sociales emanadas del gobierno.

Palabras claves

Estado de Bienestar, modelos de trabajo social comunitario, ciudadanía, *empowerment*.

1. LA INTERACCIÓN ESTADO-CIUDADANÍA DESDE EL TRABAJO SOCIAL

A lo largo de la historia las personas han buscado formas cada vez más elaboradas de organizarse como medio de una socialización más eficaz para satisfacer sus necesidades como individuos y como grupo. A formas preestatales de organización siguieron en un primer momento la aparición de distintas formas de organización estatal como los Estados Feudal, Absoluto, Liberal o Fascistas, por ejemplo. Cada una de estas formas de Estado intentaron cuajar y perpetuarse como formas de organización sociopolítica, pero el hecho de que no lo hicieran muestra que de alguna manera no supieron responder a los desafíos planteados por su momento histórico. Entre estos desafíos invariablemente está una adecuada articulación entre el Estado y las personas que lo conforman, ya fueran éstas siervos, súbditos, ciudadanos, etc. Desde nuestro punto de vista el desmoronamiento de cada una de estos tipos de Estado ejemplifica una mala articulación de estas relaciones, una inadecuada o insuficiente resolución del conflicto Estado-población.

En nuestros días, en el ámbito de Estados sociales y democráticos, la configuración de este conflicto toma la forma de la interacción que se establece entre la responsabilidad del Estado para con sus ciudadanos en la dotación de las mejores condiciones de bienestar posible y una necesidad afirmativa de los ciudadanos para con el Estado a fin de reforzar su legitimidad como tal y evitar la ruptura del mismo.

Normalmente desde el campo del Trabajo Social suele estudiarse más profusamente esa vertiente de la relación entre Estado-ciudadano que toca a la configuración del

Estado como Estado de Bienestar. Pero la presentación de las relaciones Estado-ciudadanía en el contexto de un ciudadano violentado por el sistema y cómo el Estado intenta reducir esa violencia estructural, debe incluir el papel que adoptan los ciudadanos respecto a los esfuerzos del Estado por intentar cumplir con esa reducción. La participación ciudadana en la fiscalización de esos esfuerzos y su capacidad de incidir directamente en todo el proceso de cumplimiento de la obligación del Estado de reducir la desigualdad social debe ser un indicador importante a tener en cuenta si lo que queremos es progresar en el camino hacia una verdadera sociedad democrática y social.

Desde una vertiente de Ciencia Política, para visualizar la plasmación de la participación ciudadana suele recurrirse con demasiada frecuencia a indicadores clásicos como la participación electoral. Pero una ciudadanía políticamente activa no tiene por qué corresponder necesariamente a aquella que tiene un relativo alto índice de participación electoral, existen innumerables modos de expandirse por el espacio público que constituyen todos ellos actos políticos. Habría que entender por tanto como ciudadanía políticamente activa no sólo aquellos ciudadanos que ejercen su derecho al voto (también al voto en blanco y al voto nulo), sino también a todos aquellos que se preocupan de estar informados, de opinar, de debatir, de hacer que su voz se escuche, a todos aquellos que escriben “cartas al director”; a todos aquellos que desde un partido político o desde un sindicato, pero también desde una asociación de vecinos o de jubilados o cualquier otra realizan acciones encaminadas a incidir en las decisiones que se toman sobre ellos, manifestaciones, huelgas, acciones de desobediencia civil, etc.; a todos aquellos dueños de un bar que no tienen un cartel puesto de “aquí no se habla de política ni de religión”, a todos aquellos que ante una pregunta comprometedoras nunca dicen “yo de política no entiendo”; en definitiva, a todos los que se preocupan por entender lo público y actuar en consecuencia, Todos estos serían ciudadanos en el sentido político del término. En toda sociedad se entremezclan este tipo de ciudadanía con unos ciudadanos pasivos, indolentes, privatizados, desinteresados por la vida pública, unos ciudadanos “idiotas” (teniendo en cuenta que el significado de la palabra griega de la cual procede, *idiotés*, incluye todos esos adjetivos).

Al respecto, la Sociología también ha analizado la figura de este ciudadano pasivo. Salvador Giner, por ejemplo, refleja el hecho de que existe una tendencia natural en las personas a aprovechar las ventajas y beneficios que nos puede ofrecer pertenecer a cualquier institución sin que por nuestra parte hagamos algo por darles vida y prosperidad. El ciudadano se convertiría así en un *polizón*¹. En nuestro caso en un polizón del Estado de Bienestar.

Lo que nos interesa aquí señalar es la pertinencia de que desde el Trabajo Social se profundice tanto teóricamente como en la práctica en la formación de ciudadanías activas. En la línea de Aquín, un abordaje comunitario desde el Trabajo Social podrá significar un Trabajo Social Comunitario encaminado a un proceso de constitución de identidad ciudadana que represente un “nosotros” a partir de unas prácticas específicas².

1 GINER, S. (1996) *Carta sobre la democracia*. Barcelona: Ariel. pág. 113

2 AQUÍN, N. (comp.) (2003) “El Trabajo Social en las actuales condiciones: fortalecer la ciudadanía en AQUÍN, N. (2003) *Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio. pág. 123

Creemos que el Trabajo Social Comunitario puede y debe contribuir a una potenciación de la ciudadanía como fiscalizadora de la acción de los gobernantes y a que nos encontremos con una ciudadanía que “tome” el espacio público, con una clase política que “se vea obligada” a reforzar las medidas del Estado de Bienestar que reducen la desigualdad social; nos encontraremos así ante un tipo de sociedad “viva”, altamente dinámica, con multitud de flujos de comunicación Estado-ciudadanos que permitirán un mejor ajuste de las decisiones tomadas por aquél.

Pero la pregunta sería ¿qué puede aportar concretamente el Trabajo Social Comunitario para contribuir a esto?

2. ESTRATEGIAS CLÁSICAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.

Siguiendo a Rubin y Rubin, el Trabajo Social Comunitario tiene como fin desarrollar comunidades de interés, y esa misión se orienta hacia cuatro objetivos esenciales³:

1. *Las personas desarrollan un sentido de auto valía y de efectividad cuando se involucran en proyectos comunales.* Estas organizaciones pueden derribar barreras de discriminación contra otras personas y movilizan el potencial de cambio y liderazgo. Ofrecen un sentido de pertenencia y oportunidades para aportar y desarrollar un sentido de propósito.
2. *Los grupos comunitarios ofrecen oportunidades a las personas para aprender a solucionar problemas colectivamente.* Por otro lado, disminuyen las barreras entre los ciudadanos y el sistema y la sensación de indefensión que tienen las personas en ocasiones cuando se enfrentan al sistema. Problemas como vivienda, calles inseguras, pobre cuidado de los niños, pobres servicios de salud y otros son enfrentados por el colectivo que, con la ayuda de los profesionales de ayuda, intentan soluciones a sus problemas.
3. *Los grupos comunitarios contribuyen a mejorar la democracia.* Por un lado, fomentan la participación de aquellos alienados y marginados a los que el sistema debe escuchar. Ofrecen la oportunidad a aquellos que desconfían del sistema para que expresen sus puntos de vista y desarrollen poder para defender sus derechos y los de los demás. Si se reconoce que la democracia se ejercita a través de la participación, estos movimientos comunitarios ofrecen la oportunidad de vigorizar y activar procesos democráticos.
4. Por último, a pesar de que resultaría algo utópico pensar que los movimientos comunitarios puedan erradicar la inequidad y la violencia estructural, la participación activa en estos grupos y el empoderamiento de diversos grupos hacia la inserción en los asuntos comunitarios puede *promover cambios en la distribución del poder y la riqueza.* Un logro en esta dirección sería que aquellos grupos alienados y marginados comiencen a cobrar conciencia del poder inherente de la participación colectiva y a utilizarlo en su beneficio.

.....
3 RUBIN, H. and RUBIN, I. (1992) *Community organizing and development*. Boston, Allyn and Bacon. págs. 16-19

En el año 1968 y posteriormente revisada en 1979, Jack Rotham presenta su conceptualización del Método de Organización de Comunidad (terminología anglosajona). El trabajo macro social se constituía hasta entonces como una práctica en busca de una teoría. Ante este estado de cosas se imponía un intento de conceptualización que recogiera toda la variedad de actividades relacionada con la práctica comunitaria. Él lo hizo aglutinando esta variedad de actividades en tres modelos.

Rotham propone los siguientes tres modelos dentro del Trabajo Social Comunitario⁴:

1) *El modelo de desarrollo de localidades*: es aquel que se relaciona con la función de fortalecer unos sectores geográficos y comunidades mediante la educación a sus residentes de manera que se constituyan éstos en grupos de trabajo tratando de resolver los problemas inherentes a ese sector. Desarrollar una localidad es convertir un vecindario o un sector geográfico dado en una comunidad. El profesional de ayuda motiva y estimula a los miembros de esa localidad a que se reúnan, discutan los problemas del vecindario y traten de buscar maneras de enfrentarse a ellos. Esta conciencia ciudadana reduce la anomia, involucrando a los residentes en un proceso de participación.

2) *El modelo de planificación social*: Está concernido a la creación, desarrollo y evaluación de servicios sociales, los cuales van dirigidos a satisfacer necesidades humanas básicas. El planificador estudia las necesidades de los consumidores de servicios y a base de estos estudios y de la información que recibe de las distintas fuentes, participa activamente en la planificación, modificación, implementación y evaluación de los servicios necesarios. El planificador por lo general se encuentra formando parte de la estructura administrativa de una institución y su rol no es uno de servicio directo, sino que más bien atiende a una clientela indirectamente.

3) *El modelo de acción social*: Es quizás el más controvertido en el Trabajo Social Comunitario y en la profesión de trabajador social como tal, ya que ubica al agente de cambio en un rol de provocador de cambios frente a instituciones y estructuras de poder. Este modelo de Trabajo Social Comunitario puede colocar en un momento dado al trabajador social en contra de su propia institución, si es que la política de ésta viola los derechos de los beneficiarios de los servicios. El Trabajador Social abandona el tradicional rol de armonizador y agente objetivo.

Siendo como es la tipología de Rotham la más extendida, no termina de ser útil para nuestro objetivo de visualizar sin interferencias cómo el Trabajo Social Comunitario debe (a nuestro entender) influir en la formación de ciudadanía activa.

1) Principalmente, no nos convence la separación o, mejor dicho, la no integración que hace Rotham de los distintos modelos. En un momento determinado, el modelo de acción social puede verse como una continuación de un proceso de intervención comunitaria que empezó en el modelo de desarrollo de localidades. Puede ser entendido como un recurso para la consecución de los objetivos que se puede llevar a cabo justo cuando previamente se ha hecho un trabajo previo de comunitarización, de es-

4 ROTHAM, J. (1979) "Three Models of County Organization Practice, Their Mixing and Matching", en COX et al. (eds.) *Strategies of Communities*, Illinois: Peacock Publishers. pág. 30

trechamiento de lazos comunales, lo cual se consigue precisamente desde el modelo de desarrollo de localidades. A pesar de que Rotham no considera a estos modelos excluyentes, nosotros preferimos dar un paso más, ser más explícitos y visualizarlos como parte de un mismo proceso amplio de *desarrollo comunal* tendente a resolver problemas de la comunidad por medio de la implicación de ésta.

2) No nos es útil tampoco porque, respecto al modelo de desarrollo de localidades, acentúa el proceso del paso de área geográfica a comunidad geográfica, pero en este énfasis en lo geográfico parece dejar fuera los procesos de “comunitarización” referidos a comunidades funcionales.

3) Por otro lado, la denominación desarrollo de localidades, que a menudo se ha venido traduciendo como desarrollo local traída a nuestro contexto puede producir equívocos con el objeto de intervención de los Agentes o Técnicos en Desarrollo Local, una profesión relativamente reciente y formada en su mayoría por sociólogos y politólogos que ponen el énfasis principalmente en crear las adecuadas condiciones de desarrollo económico de un área determinada. Este trabajo sería simplemente una de las vertientes de las que se ocuparía un trabajador social comunitario⁵.

4) Por último, sí que se aprecian diferencias importantes entre el modelo de planificación social así planteada Y los otros dos. La diferencia principal radica, a nuestro entender, en la posición que ocupa el trabajador social. Si tanto en el modelo de desarrollo de localidades como en el de acción social se vislumbra al trabajador social trabajando mano a mano con la gente, en el modelo de planificación social de Rotham esta participación de la gente sí bien se ve como deseable, no queda del todo claro que sea imprescindible. Un proceso de Desarrollo Comunal integral debe incluir diferentes modelos, pero la posición de partida del trabajador social respecto a su deber para con la comunidad, que es siempre su “cliente”, debería permanecer inmutable. Habría que profundizar pues en la vertiente participativa de este modelo.

Con todo esto, lo que estamos planteando es la necesidad de una propuesta más de afrontar lo comunitario desde el Trabajo Social. No se trataría ya de acogerse a uno de los distintos modelos formulados Y seguirlo concienzudamente o pasar alternativamente de uno a otro modelo según convenga, sino de visualizar toda la intervención como un proceso. Un proceso de Desarrollo Comunal con un comienzo claro que sería el de surgimiento de sentido comunitario Y unos pasos posteriores adaptativos (planificación social participativa y/o acción social) para conseguir unos objetivos incidiendo en el marco institucional.

A la vez que como proceso, la intervención comunitaria mantiene su carácter de instrumento para el logro de unos fines determinados por y para la comunidad. Cada etapa del proceso necesitará de una serie de técnicas, estrategias y conocimientos propios. Veamos a continuación como se desarrollaría la propuesta que hacemos.

.....
⁵ Es obvio que la lógica de actuación de un trabajador social será diferente a la de un sociólogo o un politólogo.

3. UN MODELO DE TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO PARA LA POTENCIACIÓN DE UNA CIUDADANÍA ACTIVA

3.1. EL COMIENZO DEL PROCESO: LA COMUNITARIZACIÓN

Según entendemos nosotros la intervención del trabajador social comunitario, éste es el momento principal de la intervención. Nos encontramos en la mayoría de ocasiones con contextos desestructurados, en el mejor de los casos con un conjunto de personas unidas muy débilmente por lazos geográficos o funcionales y el objetivo es conseguir que ellos mismos se constituyan en una comunidad, en un grupo consciente de que a través de su propio esfuerzo y participación puede incidir en el macrosistema y reducir el nivel de violencia que recibe de él. Una forma de conseguirlo podría ser atender los siguientes pasos.

Ruiz⁶ pensando en el modelo de desarrollo de localidades propone una serie de pasos a seguir a partir de una concepción genérica de la intervención en Trabajo Social. Los pasos iniciales de esta concepción genérica pueden ser adaptados para ayudar a esa función de ir “creando comunidad” en la que estamos en este punto.

1. Establecimiento de contactos iniciales:

Lo primero que necesita el trabajador social comunitario es familiarizarse con el contexto con el que tiene que trabajar. La naturaleza de su trabajo exige un conocimiento como sistema cliente del grupo de personas al que se pretende ayudar a constituir en comunidad⁷.

Es conveniente que desde el primer momento la comunidad identifique al trabajador social como un profesional de ayuda. Esto contribuye al establecimiento de una relación de aceptación y despeja dudas naturales que suelen observarse en ocasiones ante la presencia de extraños.

El refinamiento en las destrezas de observación permite al trabajador social, en sus recorridos por la comunidad, percatarse de las dinámicas de la vida comunal, de las particularidades de la gente, de los problemas prevaletentes, de las necesidades apremiantes. La conversación informal con la gente, con los vecinos que se agrupan en negocios, bares y sitios públicos permite ir adquiriendo una visión clara de la situación comunal.

Es conveniente, además, que el trabajador social considere ciertas realidades sobre las personas con las que ha de trabajar. Por lo general, éstas son comunidades anómicas, con poca participación o conciencia colectiva de los miembros, fragmentadas y caracterizadas por el anonimato, la desconfianza, la desesperanza muchas veces, la frustración, la falta de fe en las instituciones y organismos gubernamentales.

2. Recopilación de información relevante:

6 RUIZ GONZÁLEZ, M. (1997) Organización de comunidad y política social. Un compendio. Río Piedras, Puerto Rico: Edil.

7 Para una más fácil redacción, a partir de aquí utilizaremos el término comunidad para referirnos a ese grupo de personas en proceso de constituirse como tal comunidad. No obstante, recordamos que en este punto inicial del proceso en el que estamos, el punto de la comunitarización, todavía no existe un sentido de comunidad reforzado, que es lo que se pretende conseguir.

En el trabajo comunitario, como en cualquier proceso de ayuda, resulta algo difícil separar las dos fases iniciales en la secuencia de intervención. Ambas fases están íntimamente ligadas.

La información relevante se refiere a toda la información que obtenga el trabajador social sobre la comunidad que le permita conocer lo mejor posible la misma.

Si son muy importantes las estrategias de recogida de información indirectas tales como lectura de expedientes relacionados con la comunidad producto de intervenciones anteriores de otros trabajadores sociales, examen de estudios sobre la comunidad realizados por instituciones, conversaciones con trabajadores sociales que han trabajado con la comunidad anteriormente o con otros profesionales que trabajan o han trabajado con la comunidad, etcétera, resulta, por otro lado básico, estrategias de recogida de información directa. Observar, pero sobre todo escuchar a la gente hablar de ellos mismos y de cómo ven su situación, no puede sustituir a ningún informe técnico, pues desde el proceso que se propone todo gira en torno a la gente. Éste es un presupuesto central que se olvida con frecuencia.

3. Aceptación del trabajador social comunitario y establecimiento de la organización comunitaria:

Cualquier relación de ayuda debe partir del deseo de una parte de ser ayudada; si no existe este deseo, cualquier esfuerzo será inútil, esto parece claro.

En este sentido, es básica la aceptación del trabajador social por la comunidad y la disponibilidad de éstos de trabajar en un grupo orientado por el profesional para mejorar la comunidad en los términos que ellos decidan.

A pesar de los acercamientos informales previos del trabajador social a las personas, se requiere una acción más estructurada. El mejor instrumento para lograr dicho fin es la primera reunión oficial con el grupo comunitario. El trabajador social necesita en esta primera reunión una nutrida representación comunitaria, ya que de este grupo de personas interesadas se formará un núcleo permanente de trabajo que representará a toda la comunidad. De hecho, lo que está sucediendo en este momento es que se están poniendo las bases para que se cree algún tipo de organización comunitaria que canalice los esfuerzos del resto. Aquí radica una cuestión interesante toda vez que a medida que sean menos los miembros de la comunidad implicados activamente en el proceso, primero, lógicamente, los resultados serán más difíciles de lograr, y segundo, se corre el riesgo de que unos pocos, los implicados activamente, se vean legitimados para tomar decisiones importantes que incumben a todos sin consultar al resto de la comunidad. Son los efectos perniciosos de cierto tipo de liderazgo. Esto lo veremos más adelante.

En este punto el trabajador social ayuda a entender con más claridad su rol como educador⁸, asesor y facilitador. El trabajador social comunitario explica a los miembros que, en la medida en que el grupo va creciendo y progresando, su participación irá disminuyendo hasta que prácticamente no será necesaria.

.....
8 Un concepto de educación liberadora en los términos de Paulo Freire.

4. Auto-Diagnóstico:

Una vez se ha creado la organización comunitaria (de manera formal o funcionando todavía informalmente), el primer paso es realizar un diagnóstico de qué está ocurriendo. Aquí el trabajador social se inhibe de planificar estrategias para la intervención. Es la misma comunidad la que identificará los blancos de intervención y buscará maneras de solucionarlos. El rol del profesional irá orientado solamente hacia fortalecer a la comunidad para que se enfrente a sus problemas y busque soluciones. En la interacción con los participantes del grupo comunitario este facilitador-organizador no puede apropiarse de la identidad grupal, ni intentar “colonizar sus experiencias” con el pretexto de que se posee la preparación para interpretar las vivencias de los participantes, haciendo uso de teorías que le capacitan como “experto”.

La relación entre organizador y participantes puede convertirse en un elemento adverso al objetivo principal de que los participantes sean los protagonistas activos en su propio desarrollo.

Y es que, bajo los principios ya descritos, la esencia del trabajo social comunitario es la apropiación no sólo del contenido sino también de los instrumentos por parte de la comunidad. En esencia, esto le permitirá al grupo asumir una actitud crítica con profundidad hacia su realidad y pensar simultáneamente en las posibles alternativas.

Por ello, un aspecto esencial dentro del autodiagnóstico es implicar a la mayor parte de la gente. Además, el análisis debe “devolverse” a la totalidad de la comunidad. Los hallazgos no son exclusivos para los técnicos comunitarios ni tampoco para los líderes-representantes de la comunidad.

Todo lo dicho más arriba parte de la premisa de que antes de que la gente pueda pretender incidir en el macrosistema para mejorar sus condiciones de vida, debe tener una conciencia común de grupo. Los puntos señalados más arriba ayudan al trabajador social comunitario a crearla/despertarla/desarrollarla, pero en ocasiones no es necesaria la intervención de ningún profesional para que aparezca este sentido comunitario. Sucesos determinados que afecten de una manera importante a un gran número de personas pueden servir de “excusa” para que esas personas se organicen con sentido comunitario alrededor de ese suceso o problema acuciante compartido. Parte de la función del trabajador social comunitario aquí ya estaría hecha, quedaría ayudar a canalizar el proceso.

3.2. LA CONTINUACIÓN DEL PROCESO: PLANIFICACIÓN SOCIAL PARTICIPATIVA Y ACCIÓN SOCIAL

Llegados a este punto podemos decir que el proceso de comunitarización ha concluido o, mejor dicho, que ha cristalizado, ya que la comunitarización entendida como creación/refuerzo del sentido comunitario no es un proceso finito. Lo que queremos señalar es que se ha llegado a un punto en el que donde antes había un grupo de personas unidas débilmente por una vecindad geográfica o por compartir un trabajo o circunstancia común, ahora tenemos una auténtica comunidad, un grupo de personas reunidas de manera voluntaria alrededor de una organización comunitaria y dispuestas a desarrollar

un conjunto de acciones orientadas a la consecución de un objetivo. Este grupo de personas se han dado cuenta de que aisladamente carecen de capacidad suficiente y necesaria para encontrar una solución a sus problemas y se han organizado para encontrar/crear/exigir soluciones a esos problemas.

Como decimos, llegados a este punto ya tenemos a un grupo de personas dispuestas a trabajar de forma mancomunada, un grupo de personas que es representativo de toda su comunidad (ahora sí, con todo el sentido de la palabra comunidad), un grupo que se ha organizado alrededor de un objetivo común fijado por ésta en un autodiagnóstico. Ahora la cuestión radica en qué acciones tomar para conseguir ese objetivo.

Pues bien, a partir de aquí lo que se trata es de estudiar la mejor estrategia para incidir en el macrosistema, pues los problemas comunitarios desde el Trabajo Social Comunitario se encuentran localizados en el nivel estructural-institucional. El camino a seguir estará determinado, a nuestro entender, por el grado de desarrollo alcanzado por el grupo comunitario; la realidad social sobre la que se quiera incidir; el contexto sociopolítico; los actores e intereses implicados y otros muchos factores que hacen, de cada experiencia un caso no siempre trasplantable.

Según como visualizamos todo este proceso de Desarrollo Comunal que estamos describiendo, a partir de aquí se abren diferentes opciones que pueden englobarse dentro de dos modelos comunitarios de actuación: el de Planificación Social Participativa y el de Acción Social. Pasemos a ver qué les caracteriza:

3.2.1. Planificación Social Participativa

Como decíamos más arriba, el modelo de Planificación Social esgrimido por Rotham se centra en la creación, desarrollo y evaluación de servicios sociales, los cuales van dirigidos a satisfacer necesidades. Esto, dicho así, no aclara nada en relación a quién es el creador, desarrollador y evaluador de esos servicios sociales, puede ser un político, un economista, un animador sociocultural o cualquier otro profesional. Afirmar que es un trabajador social el que se dedica a esto lo que nos aporta es información acerca de qué funciones puede desempeñar un trabajador social. Pero el hecho de que estas tareas las esté realizando un trabajador social y que sean tareas destinadas a una comunidad no implica que nos encontremos ante trabajo social comunitario en los términos que aquí defendemos.

Como ya hemos podido vislumbrar al tratar los fundamentos teóricos en los que se basa y como defenderemos más adelante, el Trabajo Social Comunitario lleva acarreado indispensablemente un elevado nivel de concienciación, participación y empowerment. Esto conlleva una visión del cliente (la gente) totalmente diferente a la que se ve desde la planificación social “sin apellidos”, esto es, si la planificación social ve al cliente poco más que como un sujeto pasivo consumidor de unos servicios que vienen desde arriba, la planificación social participativa aboga por un cliente activo que participa en todo el proceso: creación, desarrollo e incluso evaluación de los servicios sociales. Sin contar adecuadamente (resaltamos lo de adecuadamente) con la participación de la gente durante

todo el proceso el resultado será una mera actuación técnica más, indiferenciable de la que pueda ser llevada por cualquier otro profesional o desde cualquier otra instancia.

Y es que si es sustantivo del Trabajo Social Comunitario el que fije sus objetivos e incide en el macrosistema, no es menos importante el hecho de que sus actuaciones son actuaciones con la comunidad, aunque no siempre se haga así.

La creación, desarrollo y evaluación de servicios sociales es una función en nuestro país asignada a la Administración. Aun cuando es la Administración más cercana al ciudadano, la Administración Local, la encargada de la puesta en marcha y seguimiento de muchos de esos servicios, la realidad suele plasmarse, salvo raras excepciones, en actuaciones tecnocráticas que a los clientes de esos servicios les llegan “desde arriba”.

No es éste el lugar de señalar cómo la escasez de recursos humanos y materiales influye para que los programas sean totalmente diseñados, implementados y evaluados por todo tipo de personal institucional sin contar o contando muy escasamente con los beneficiarios de esos programas. Tampoco es el lugar de señalar la influencia de la cultura sociopolítica en todo esto u otros factores. Cualesquiera que sean los motivos, la realidad es la plasmada más arriba: una prestación de servicios para la gente pero sin la gente en muchos casos.

Una de las voces que más alto se ha escuchado en pro de la Planificación Social Participativa, en nuestro país, aunque sin utilizar explícitamente el término⁹, es la del italiano Marco Marchioni. Para Marchioni¹⁰ la intervención comunitaria debe entenderse como un proceso de mejora de las condiciones de vida de una determinada comunidad. Este proceso se articulará en proyectos, programas, iniciativas, actividades, áreas de intervención, etc., cada uno de ellos con sus características específicas y sus finalidades particulares, pero todos fundamentados en la principal característica de este tipo de intervención: la integración del conjunto de la población con las diferentes administraciones y los recursos y servicios disponibles. Lo que guía este proceso de planificación social participativa es un Plan de Desarrollo Comunitario.

Los planteamientos de Marchioni son interesantes, pero particularmente nos plantean ciertas cuestiones importantes referidas a nuestro discurso del proceso de Desarrollo Comunal.

El tipo de intervención comunitaria que propone Marchioni y que hemos identificado como de Planificación Social Participativa afirma que la iniciativa del proceso puede partir de cualquiera de los tres protagonistas: desde cualquiera de las administraciones, desde los profesionales o desde la población. Esto nos sugiere alguna reflexión:

Que la iniciativa surja desde la misma Administración supone esperar de ella una actitud de buena disposición para perder el poder que tiene en beneficio de los ciudadanos. Sin entrar aquí en un análisis politológico de la cuestión, sí parece evidente que hoy en día existe cierta reticencia de las administraciones a ceder cuotas de su poder a los ciu-

.....
⁹ Marchioni llama genéricamente “proceso comunitario” o “intervención comunitaria” a lo que responde en esencia a las bases de un modelo de planificación social participativa.

¹⁰ MARCHIONI, M. (1999) *Planificación social y organización de la comunidad. Alternativas avanzadas a la crisis*. Madrid, Editorial Popular

dadanos. A pesar de que el discurso político está trufado de promesas al respecto, en la práctica estas declaraciones no dejan de convertirse en meras declaraciones de intenciones a tenor después de los recursos humanos y financieros puestos a disposición para llevar a cabo estas medidas.

Precisamente esta insuficiencia de medios hace que el hecho de que parta la iniciativa desde los profesionales sea una idea más peregrina aún, ya que son éstos los que con su trabajo conocen el día a día del funcionamiento de las instituciones y saben cuán difícil es abrir su trabajo a formas participativas de la gente. Sin embargo, no es tampoco infrecuente ver el caso de profesionales que, convencidos de la importancia de implicar a los usuarios de sus servicios, ponen en marcha formas de intervención cada vez menos asistencialistas y más empoderadoras.

Por último, para que la iniciativa parta de los ciudadanos, antes debe haberse producido un proceso de comunitarización. Marchioni parte de la preexistencia de grupos comunitarios formados en la forma de clubes deportivos, asociaciones de padres y madres de alumnos, peñas recreativas, etc. Su propuesta vendría a ser la de darles voz y voto (además de a las personas individualmente consideradas) en las decisiones a tomar respecto a un Plan de Desarrollo Comunitario. Nosotros pensamos, sin embargo, que a pesar de que la existencia de estos grupos comunitarios hace más fácil el trabajo posterior, esto no quita el que haya que realizar un trabajo específico de comunitarización con ellos en los términos que describíamos en el punto anterior. Es sólo una cuestión de matiz, pero importante. No se trataría sólo de dar voz y voto a heterogéneas (en todos los sentidos) asociaciones y personas, sino que esas voces y votos provengan de un sentido y una conciencia clara de grupo común unido para conseguir objetivos comunes. Y estos objetivos se podrán conseguir a través de un Plan Comunitario ... o través de otros medios como vamos a ver a continuación.

Al dar más prioridad al proceso de comunitarización que al Plan Comunitario (por muy participativo que éste sea), lo que estamos haciendo es priorizar entre lo que es un objetivo primario y previo a la consecución de otros, como es el crear/desarrollar el sentido de pertenencia y unión. El Plan Comunitario sólo constituiría un instrumento a utilizar dentro de una opción determinada de conseguir unos objetivos, la opción de la Planificación Social Participativa.

3.2.2 Acción Social

Los objetivos de la comunidad pueden conseguirse por medio de una Planificación Social Participativa concertada con las Administraciones, pero puede suceder que la comunidad tome la iniciativa para que su voz sea escuchada a través de procesos de planificación social participativa, pero que las administraciones no estén por la labor de colaborar, siendo el grado de enfrentamiento entre unos y otros tan grande que se rompa en un primer momento cualquier opción de llevar cabo este modelo comunitario. Cuando la comunidad no encuentra una forma negociada con la Administración de participar activamente en los asuntos que le incumben, puede optar por el modelo de acción social.

También puede optar por la opción de la acción social sin ni siquiera plantearse el paso por un proceso de planificación social participativa. Hay que tener en cuenta que la planificación social participativa requiere de un esfuerzo grande en términos de que son planificaciones a medio-largo plazo y muchas veces la comunidad visualiza sus problemas y sus soluciones de una manera muy concreta y determinada, lo que les hace ver en la acción social el método de actuación ideal para alcanzar sus objetivos.

Otro caso puede darse cuando habiendo empezado un proceso de planificación social participativa, el grupo comunitario ve, por cualquier motivo, truncadas sus esperanzas de que la situación cambie desde ese modelo de intervención y decida pasar a otro más radical de acción social.

En cualquier caso, las opciones son amplias y abiertas, como vemos. Pero, ¿en qué consiste el modelo de Acción Social? Entendemos que básicamente la Acción Social constituiría una estrategia de acción más dentro del proceso comunitario que implicaría un conjunto de acciones de “calado hondo” que servirían de medidas de presión hacia quienes toman las decisiones que afectan a toda la comunidad, normalmente instituciones públicas o privadas del poder político y/o económico. Cuando decimos medidas de “calado hondo” nos referimos a actos simbólicos, huelgas, boicots, demostraciones en masa, formas de desobediencia civil o cualquier otro método o técnica susceptible de hacer cambiar de postura a la otra parte.

Desde la literatura Centroamérica se han sistematizado diferentes experiencias de campañas de acción social. Recogeremos, según la propuesta de Dobles¹¹ cuáles serían los pasos concretos a seguir para emprender una campaña de acción social

1) *Análisis y selección del problema:* Analizar un problema es investigar sobre sus causas, implicaciones y manifestaciones. Es recolectar información sobre los actores que se ven involucrados en dicho fenómeno. Intentar resolver problemas de origen estructural implica intentar resolver cada uno de sus componentes, lo que a su vez implicará realizar acciones múltiples y contemplar plazos largos. Para actuar con mayor efectividad y precisión se recomienda seleccionar el componente del problema que ofrezca la mayor posibilidad de llegar a una solución viable.

2) *Definición de la propuesta:* La propuesta es, en primer lugar, el propósito, lo que se propone alcanzar para dar solución al componente del problema que se ha seleccionado. Definir una propuesta es definir lo que queremos.

La propuesta debe estar contenida en un documento breve. Allí debe estar claramente expresado qué queremos cambiar, quién o quiénes deben realizar ese cambio, cómo sugerimos que se realice y cuándo deberá hacerse. En una propuesta deben estar claramente expresados los argumentos que justifican el cambio y dichos argumentos deben prever la contra argumentación de quienes podrían resistirse u oponerse.

Toda propuesta debe ser: específica y detallada, pero al mismo tiempo breve y clara;

.....
 11 DOBLES, C. et al. (1997) *Memoria del Taller Regional de Capacitación en Incidencia*. Puntarenas, Costa Rica. Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano. (mimeografiado).

cuantificable y medible; entendible para todos por igual; técnica y políticamente factible; alcanzable en un plazo razonable; generadora de opinión pública y motivadora y aglutinadora para su organización.

La propuesta debe ser revisada después de hacer el análisis de poder y siempre que sea oportuno para llenar los vacíos de información existentes.

3) *Análisis de poder*: Es la identificación y estudio de los actores que toman las decisiones relativas a la propuesta. A estos actores se les suele llamar “blancos”. El análisis de poder contempla, además, comprender cómo y dónde se toman las decisiones.

Es también la identificación y estudio de los posibles oponentes, actores indecisos y de los aliados. Así como el estudio de las fortalezas y debilidades propias y el análisis de la correlación de fuerzas que se mueven en torno a la propuesta.

4) *Definición de estrategias y actividades*: Una estrategia es un conjunto de actividades dirigidas hacia una misma intención. En una campaña pueden desplegarse varias estrategias (dependiendo de la capacidad y de la necesidad) pero se recomienda que no sean muchas para no desgastar al grupo protagonista.

Las estrategias más comunes en una campaña de acción social están dirigidas a: vencer, movilizar, neutralizar, presionar, comunicar, generar opinión pública, coordinar o financiar, La selección y orden de importancia debe estar definida en relación directa con el análisis de poder que se haya hecho.

Definidas las estrategias y sus correspondientes actividades, conviene detallarlas con su correspondiente cronograma, responsabilidades y recursos que serán utilizados.

5) *Evaluaciones*: Son momentos de balance e interpretación del plan de acción social y del estado del mismo. Sirven para revisar, corregir, reforzar, actualizar y ampliar la información sobre todos los componentes anteriormente mencionados.

Si en la Planificación Social Participativa veíamos cómo la participación ciudadana en conjunto con las instituciones era la principal característica, emprender medidas de acción social presupone un grado de enfrentamiento considerable. Lógicamente, como se ha dicho, depende del contexto y la situación las medidas de acción social serán unas u otras. A este respecto queremos hacer un par de consideraciones respecto al papel del trabajador social comunitario y la naturaleza de las tácticas de la Acción Social:

Se plantea la cuestión de que el trabajador social comunitario suele pertenecer a la estructura a la cual se pretende presionar, lo cual le plantea contradicciones evidentes. El debate de para quién trabaja el trabajador social sí para la comunidad o para la institución que le paga es un debate que para nosotros se plantea de manera falaz: la propia esencia de la profesión revela, a nuestro entender, que el trabajador se debe siempre a la persona, grupo o comunidad con el fin de ayudar a mejorar sus condiciones de vida. Esto incluye, para nosotros, la posibilidad, es más, *la obligación* de cuestionar las estructuras o instituciones que no permitan el potencial desarrollo de las personas. El hecho de quién pague al trabajador social comunitario, en este caso, es lo de menos, de otro lado nos encontraríamos con que el trabajador social estaría haciendo funciones de control social y reproduciendo una situación de violencia estructural o desigualdad social.

4. A MODO DE CONCLUSIÓN: UNA CIUDADANÍA EMPODERADA

Siguiendo este proceso de Desarrollo Comunal como el que aquí hemos explicitado brevemente, el trabajador social comunitario habrá contribuido a la formación de una necesaria ciudadanía activa sustentada en conceptos como el de *empowerment*, que, manejado tradicionalmente para contextos sudamericanos, a menudo se nos olvida cuán pertinente se ría adaptarlo a nuestras realidades sociopolíticas.

Y es que el tema del *empowerment* comunitario es un tema que se ha revelado básico dentro del intento de aprehender los procesos comunitarios que se están dando en muchos países del mundo. Es un tema que surge con fuerza entre aquellos (países, clases, género...) que han estado subyugados bajo procesos desiguales de desarrollo económico, social, político o cultural, es decir, entre aquellos bajo condiciones de alta violencia estructural.

Históricamente, como ha señalado Santiago¹², el tema del *empowerment* aparece en los años 70 para referirse a un espectro de actividades políticas que se extendieron desde actos individuales de resistencia hasta la movilización colectiva retando las relaciones básicas de poder en la sociedad. El empoderamiento se convirtió, entonces, en una estrategia para el cambio social.

Nosotros proponemos aquí revisar las ideas fundamentales de este concepto desde la hipótesis de una ciudadanía, la nuestra, relativamente desempoderada, cada vez menos partícipe en,es el proceso de toma de decisiones. Siguiendo modelos de trabajo social comunitario como el arriba expuesto, avanzaremos hacia una disminución de la distancia entre quienes toman las decisiones y quienes se convierten en sujetos pasivos de las mismas.

Rubin y Rubin¹³ nos hablan de un criterio para calibrar el nivel de *empowerment* de una comunidad, es el Criterio DARE: Quién determina las metas, actúa para lograrlas, recibe los beneficios y evalúa las acciones. En cuanto más la gente en su propia organización determine las metas, actúe junta para lograr las metas; reciba los beneficios y evalúe si las acciones fueron o no valiosas, más poder existe.

Como también señala Serrano-García¹⁴ la posición centrada en los miembros de las comunidades no excluye la labor de instituciones mediadoras, pero enfatiza y considera como condición indispensable del fortalecimiento que sean las personas el centro de acción y decisión. La experiencia señala que el fortalecimiento de las instituciones no conlleva el fortalecimiento de los individuos a los cuales se dirigen sus programas. Para que las políticas sociales puedan lograr máxima efectividad y generar desarrollo, es necesaria una ciudadanía fuerte, consciente y crítica; de lo contrario, lo que tiende a predominar es el clientelismo y la dependencia, la pasividad del usuario de servicios y los servicios que devienen entes burocratizados, devoradores del erario público.

.....
12 SANTIAGO, L. (2000), "El apoderamiento como estrategia comunitaria para la promoción de la salud", *Perspectivas*, vol. 20. 13 op. cit. 56

14 SERRANO-GARCÍA, I. (1984) "The Illusion of Empowerment: Community Development within a colonial context", en RAPAPORT, J. et al. (1984) *Studies in Empowerment: Steps Towards Understanding and Action*. New York, The Haworth Pres (págs. 173-200).

BIBLIOGRAFÍA

- AQUÍN, N. (comp.) (2003.) “El Trabajo Social en las actuales condiciones: fortalecer la ciudadanía en AQUÍN, N. (2003) *Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.

- DOBLES, C. et al. (1997) *Memoria del Taller Regional de Capacitación en Incidencia*. Puntarenas, Costa Rica. Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano. (mimeografiado).

- GINER, S. (1996) *Carta sobre la democracia*. Barcelona: Ariel.

- MARCHIONI, M. (1999) *Planificación social y organización de la comunidad. Alternativas avanzadas a la crisis*. Madrid, Editorial Popular.

- RUÍZ GONZÁLEZ, M. (1997) *Organización de comunidad y política social. Un compendio*. Río Piedras, Puerto Rico: Edil.

- ROTHAM, J. (1979) “Three Models of County Organization Practice, Their Mixing and Matching”, en COX et al. (eds.) *Strategies of Communities*, Illinois: Peacock Publishers.

- RUBIN, H. and RUBIN, I. (1992) *Community organizing and development*. Boston, Allyn and Bacon.

- SERRANO-GARCÍA, I. (1984) “The Illusion of Empowerment: Community Development with in a colonial context”, en RAPPAPORT, J. et al. (1984) *Studies in Empowerment: Steps Towards Understanding and Action*. New York, The Haworth Pres (págs. 173-200).

- SANTIAGO, L. (2000), “El apoderamiento como estrategia comunitaria para la promoción de la salud”, *Perspectivas*, vol. 20.

X Premio Científico

Año 2006

1.- Rincones, esquinas y vericuetos del Trabajo Social Sanitario, en Atención Primaria de Salud. Andalucía.

Mariano Sánchez Robles

Diplomado en Trabajo Social.

Trabajador Social del Centro de Salud de Almuñécar (Granada)

Rincones, esquinas y vericuetos del Trabajo Social Sanitario, en Atención Primaria de Salud. Andalucía

Mariano Sánchez Robles

Diplomado en Trabajo Social.

Trabajador Social del Centro de Salud de Almuñécar (Granada)

Resumen

Con la irrupción en el contexto sanitario de alguna categoría profesional, asumiendo funciones y competencias propias del Trabajo Social Sanitario, el conflicto profesional no ha tardado en hacer su aparición y, con él, las dudas y temores de un futuro profesional, verdaderamente incierto para el Trabajo Social.

Ante situaciones de este calado, ahora más que nunca, hay que afrontar esta situación con absoluta profesionalidad y si para ello es necesario retomar viejas argumentaciones, viejas normativas y viejas competencias, habrá que hacerlo, sobre todo, porque no por ser viejas en el tiempo no son actuales en la práctica diaria; no por ser “pasadas” de fecha no están vigentes y, sobre todo, porque no por estar “olvidadas” debemos darlas por perdidas.

Este trabajo pretende reencontrarse con ciertas actividades, funciones y competencias propias y legalmente establecidas para los Trabajadores Sociales del ámbito sanitario que han quedado relegadas, olvidadas y/o poco desarrolladas por nuestro colectivo profesional y, de paso, dar a conocer la normativa legal que nos ampara para su desarrollo y que, de la misma forma, debiera impedir que otros profesionales asumieran con total impunidad.

Palabras claves

Funciones, competencias, recuperación, intrusismo, renovación, actualización

INTRODUCCIÓN

Últimamente los “pájaros” de la crisis profesional parecen sobrevolar sobre nuestro colectivo profesional, especialmente en Atención Primaria de Salud. Y no parece que la actitud de los profesionales afectados vaya más allá de las pataletas en los pasillos y del abandono de no pocas de sus responsabilidades, sin aportación profesional sería alguna a un problema que a todos nos afecta, sanitarios y no sanitarios, y que merece una respuesta inmediata.

En uno de los últimos trabajos nuestra compañera Dolors Colom incluía la frase “renovarse o morir” en una de sus acertadas argumentaciones. Lejos de mi intención contradecir a Dolors, sino todo lo contrario, y como en las mejores hipotecas, voy a dar incluso facilidades.

Renovarse, en la mayoría de las ocasiones, implica asumir nuevas competencias, nuevas funciones, nuevas responsabilidades y actuaciones. Lo que yo he pretendido con este trabajo es descubrir esos ámbitos de nuestro trabajo “olvidados”, e intentar retomarlos como si de una RENOVACIÓN se tratase, con la ventaja de no tener que asumir nada que no sea ya, legal y profesionalmente, competencia de nuestro colectivo profesional, competencia del Trabajo Social, y con la evidente amenaza de que, o lo asumimos nosotros o ya vendrá otro que lo asuma.

Decreto 195/1985, de 28 de Agosto, sobre ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía.

Publicado en el BOJA nº 89 de 14 de septiembre de 1985, este Decreto, en su capítulo I, artículo 2º, se define la Zona Básica de Salud como el elemento territorial elemental de la atención primaria y en su artículo 3º define el Centro de Salud como *la estructura física y funcional que permite el adecuado desarrollo de dicha atención primaria de salud.*

Para encontrar una primera referencia concreta a la figura profesional del Trabajador Social (en adelante TS), tan sólo es necesario llegar hasta el artículo 4º en el que se define al Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) como *el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios cuyo ámbito de actuación es la Zona Básica de Salud y con localización física preferente en los Centros de Atención Primaria.*

En el punto 2 de este artículo 4º, se explicita con total concreción qué profesionales integran el EBAP y, a diferencia de otras normativas autonómicas, no indica quiénes “podrán formar o integrar dicho EBAP”, sino quiénes lo integran y, entre otros profesionales y como elementos irrenunciables a dicho EBAP, se encuentran, en la letra c del ya mencionado punto 2, los siguientes:

“Los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales”

El punto 3 de este mismo artículo indica que *podrá incorporarse al EBAP otros profesionales en razón a que las propias necesidades y las disposiciones presupuestarias lo permitan pero, en modo alguno, en ningún apartado se indica que se pueda prescindir en este EBAP de alguno de los profesionales incluidos expresamente en el apartado anterior, ni*

por razones presupuestarias ni por caprichos o conveniencias administrativas del responsable sanitario de turno. A la vista de la normativa vigente y con su simple lectura, se hace evidente la legitimidad y la exigencia de la presencia de un TS en cada EBAP, y la ilegalidad que supone el mantener casi un centenar de EBAP en Andalucía sin la presencia de dicho profesional.

Una vez delimitados los espacios funcional y profesional elementales para la prestación de la atención primaria de salud en Andalucía (Zona Básica, Centro de Salud y EBAP), esta normativa sube un escalón en su estructura asistencial con la creación, en su artículo 21, de una estructura organizativa superior denominada Dispositivo de Apoyo Específico que, con funciones Preventivas, Docentes, de Investigación y Asistenciales, están destinadas a dar apoyo directo a los distintos EBAP de cada Distrito.

Esta estructura también tiene reglamentada su composición (artículo 23), entre cuyos profesionales también figuran, en este caso en la letra “d”:

“Los Diplomados en Trabajo Social o Asistentes Sociales adscritos al mismo”

En el apartado 2 de este artículo dispone, con respecto a los profesionales que componen el Dispositivo de Apoyo al EBAP, literalmente, lo siguiente:

“Este personal desempeñará sus funciones sin perjuicio de su posible pertenencia a un EBAP”.

Pese a esta normativa vigente, el Servicio Andaluz de Salud comenzó, hace ya bastantes años, el desmantelamiento de los diferentes EBAP, eliminando de su composición al TS, utilizando para ello el viejo truco de “visto y no visto”, consistente en que un TS acudía a su Centro de Salud una mañana como “integrante” de su EBAP, y a la mañana siguiente ya no lo hacía como tal, sino como “componente” del Dispositivo de Apoyo de ese mismo EBAP del que lo acababan de eliminar.

Es decir, se suprimía como integrante de las unidades BÁSICAS territorial (Zona Básica), funcional Centro de Salud) y profesional (EBAP), al TS, único profesional de dicho ámbito de actuación en dichas áreas, y se le incluye en un Dispositivo de “apoyo” al EBAP, en las que debe desarrollar sus funciones.

El resultado de esta “reordenación” de efectivos es ya conocido por todos. Tras el proceso de Oposición celebrado a principios de esta década, con toma de posesión en Febrero de 2001, aquellas plazas de TS de EBAP que, por cualquier causa, quedaron descubiertas, no fueron ocupadas por TS alguno, sin más explicaciones, sin criterio alguno. Y los efectivos de cada Distrito se “repartieron” entre los distintos EBAP, con lo que muchos de los profesionales se vieron OBLIGADOS a asumir dos, tres y hasta cinco EBAP en las que “ejercer sus funciones”.

Orden de 2 de Septiembre de 1985, por la que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria de Salud.

Introducirse el territorio legal de las funciones y competencias de los Trabajadores Sociales en atención primaria de salud en Andalucía es hacer referencia expresa a esta

normativa, publicada en el BOJA nº 90 de fecha 19 de Septiembre de 1985, es decir, cinco días después del Decreto 195/85.

Tras la lectura detallada de esta normativa que, recuerdo, está vigente, y que desde estas líneas recomiendo a todos aquellos (incluidos Trabajadores Sociales) que debaten, discuten, dudan, opinan y elucubran sobre nuestras funciones y competencias en atención primaria de salud, se descubre una primera referencia a las competencias de los Trabajadores Sociales, escondida en uno de los primeros “rincones” de los que se pretende hablar en este trabajo, y que en este caso hace referencia, artículo 12 de la Orden, a las Unidades Funcionales de los Centros de Salud.

Así, al apartado 2 de la Orden indica que los Centros de Salud de organizarán en unidades funcionales que *trabajarán por programas bajo la dependencia jerárquica del Director, con la misión de asesorar técnicamente y facilitar la labor de éste*. La primera de estas unidades funcionales descrita es la denominada Unidad de Atención Directa, que *asume la responsabilidad de coordinación de las actividades dirigidas a la atención tanto de los individuos como del medio donde estos se desenvuelvan. Está constituida por los directores de programas de salud y por el Asistente/trabajador Social del Centro*. Dejaré aquí, apartada pero no olvidada, a esta Unidad de Atención Directa, a la que me referiré de forma más amplia algunas páginas más adelante.

Las funciones del TS en el Centro de Salud son fijadas, de forma legal y reglamentaria en este mismo artículo 12, y son incluidas en esta página de forma literal:

1. *Orientar y asesorar a los miembros del Equipo Básico de Atención Primaria y especialmente a los directores de los programas, sobre **aspectos sociales** individuales y comunitarios de las actividades de los mismos.*
2. *Coordinar las actividades de trabajo con la **comunidad** estimulando su participación y cuidando los canales de comunicación entre el Centro y la población.*
3. *Promover el trabajo en equipo con los **asistentes sociales** de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos y servicios sociales.*
4. *Ofertar asistencia social **sanitaria** en consulta a demanda de los miembros del Equipo Básico de Atención Primaria y de la población.*

La siguiente referencia al TS en esta Orden, aparece en el artículo 21, que recoge la posibilidad de los usuarios de los Centros de Salud de solicitar la asistencia de, entre otros, el TS, a través del Servicio de Recepción y directamente en los consultorios locales y auxiliares. Por último, y ya en el título V de régimen de personal, indica que dentro del conjunto de profesionales de los Centros de Atención Primaria se encontrarán (artículo 24), como personal no sanitario, los Asistentes Sociales.

Como curiosidad, observar que la denominación del grupo profesional de Trabajadores Sociales, en la normativa hasta ahora revisada es bastante variable:

- Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales.
- Diplomados en Trabajo Social o Asistentes Sociales.

- Trabajador Social.
- Asistente Social.

Como directrices finales del trabajo del EBAP, el artículo 29 de esta Orden nos recuerda que éste se desarrollará mediante, entre otras, las siguientes:

- El trabajo en equipo a través del establecimiento de objetivos comunes y de la colaboración mutua entre los miembros del EBAP.
- Coordinación con los servicios sanitarios y sociales del ámbito geográfico de su Área Asistencial.

Circular 1/87 de la Consejería de Salud, de fecha 9 de Enero de 1987. Organización y funcionamiento de los trabajadores sociales en los centros de atención primaria de salud.

Esta Circular, auténtica desconocida incluso en el ámbito del propio Servicio Andaluz de Salud, nos indica *“las líneas generales por las cuales deben funcionar y organizarse los Trabajadores Sociales en los Centros de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma Andaluza”*, para lo cual se dictan unas instrucciones muy concretas que veremos en páginas siguientes.

Esta Circular, publicada hace ya casi 20 años, pero vigente hoy día, afirma en su preámbulo lo siguiente:

*“La inclusión del Trabajador Social en los EBAP supone, en muchos casos, una novedad importante respecto al quehacer tradicional de los equipos sanitarios y de los propios Trabajadores Sociales, lo que exige una adaptación de sus actividades y metodologías al campo de la Atención Primaria de Salud, unida a la necesaria **coordinación con las Unidades de Servicios Sociales**”.*

*“En el Centro de Salud el Trabajador Social se sitúa como un profesional que complementa y apoya las actividades del resto de los profesionales sanitarios del equipo. Su objetivo es el de colaborar en el estudio y tratamiento de los actores sociales que condicionan la salud individual, familiar y comunitaria, promoviendo la organización de la población en defensa de aquélla e introduciendo en las actividades de los programas las técnicas y métodos propios del Trabajo Social. El Trabajador Social velará por la individualización y respeto a la libertad y autodeterminación del usuario del Centro, **teniendo sus acciones un carácter preferentemente preventivo y educativo**”.*

Desarrollo de las funciones dadas a los Asistentes Sociales/Trabajadores Sociales en la Orden de 2 de Septiembre de 1985.

Esta Circular 1/87, en base a las funciones contenidas en la Orden 2/9/87, hace un desarrollo explícito de cada una de dichas funciones, tal y como se traspone literalmente en los apartados siguientes:

“Orientar y asesorar a los miembros del EBAP y especialmente a los directores de los programas sobre aspectos sociales individuales y comunitarios de las actividades de los mismos”.

- Análisis continuado de las necesidades, demandas y expectativas de la población adscrita al Centro.
- Realización del diagnóstico social de la zona.
- Detección de grupos o individuos clasificados de **riesgo social**.
- Registro de instituciones y asociaciones de la zona, así como de los recursos sociales existentes.
- Participación en el estudio y análisis de la incidencia de los factores del medio (socio-económicos, medio-ambientales y familiares) en el proceso de salud-enfermedad de los individuos y la población de la zona.
- Participación en la **formación continuada** de los miembros del equipo, aportando sus conocimientos específicos de Trabajo Social.
- Colaboración en la formación pre-grado y postgrado de los profesionales de Atención primaria y, en su caso, en la de **alumnos** de Trabajo Social.
- Participación en la elaboración, ejecución y evaluación de los **programas** que se implanten en el Centro de Salud.

“**Coordinar** las actividades de trabajo con la comunidad, estimulando su participación y cuidando los canales de comunicación entre el Centro y la población”.

- **Informar sobre derechos y deberes** de los ciudadanos respecto de su Salud.
- Contribuir a mejorar la calidad del **servicio de recepción** del Centro de Salud, participando en su ordenamiento y evaluación para conseguir un mejor cumplimiento de sus funciones de información y **canalización de reclamaciones**.
- Promover la organización de la **comunidad** para lograr su participación activa en el Centro de Salud.
- Impulsar el **voluntariado** social responsabilizándose de su formación y orientación en las actividades de salud.
- Promover y potenciar actividades que surjan de **grupos** constituidos sobre el tema de la salud.
- Potenciar **formas asociadas** de colaboración, cooperación, ayuda mutua, solidaridad, etc.
- Facilitar a los miembros del EBAP toda la información sobre **recursos sociales** y contactos realizados con la comunidad para la realización de sus actividades.
- Conocer los **programas o actividades** que se implantan en la zona por institucio-

nes ajenas al centro de salud con el fin de establecer una coordinación y no duplicar acciones.

*“Promover el trabajo en equipo con los **Asistentes Sociales de otras instituciones** públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos y servicios sociales”.*

- Conocimiento de los **profesionales de Trabajo Social** que actúan en la misma zona y sus campos de actuación.
- Elaboración de **protocolos de derivación** entre los profesionales de servicios especializados y los de Atención Primaria, especialmente con Servicios Sociales Comunitarios.
- Participación en los programas de **promoción comunitaria** de la zona aportando los servicios específicos del Centro de Salud.
- **Intercambio** continuo de información, experiencias profesionales, metodologías de trabajo, estudios de investigación, análisis de necesidades y recursos sociales para satisfacerlos, etc.

*“Ofertar **atención social sanitaria** en consulta a demanda de los miembros del EBAP y de la población”.*

- La atención social directa al usuario se hará a través del Trabajo Social individualizado, familiar, grupal y comunitario. En los Centros de Salud, estos niveles de intervención se concretan en:
 - Detectar las causas psicosociales y económicas de los síntomas de enfermedad, realizando un tratamiento social individualizado o familiar si fuese necesario.
 - Dificultades de carácter social y económico en el seguimiento del tratamiento prescrito.
 - Asesoramiento en las situaciones de ILT, que originan una prestación y en las que se aprecie una problemática social.
 - **Desorganizaciones o rupturas familiares en casos de hospitalización.**
 - **Seguimiento del proceso de integración en las altas hospitalarias.**
 - **Información y orientación sobre recursos sanitarios y sociales existentes.**
 - Derivación a otro profesional del Centro o a otra institución social si las circunstancias así lo requieren.

Las funciones y actividades descritas anteriormente se realizarán a través de modalidades de atención que se definen en la propia Circular 1/87:

CONSULTA: Es la actividad de encuentro y comunicación directa entre el Trabajador Social y el individuo, realizada en el Centro de Salud o en los Consultorios Locales.

Podrán presentarse diferentes modalidades de atención:

- a. Usuarios remitidos por el resto de Servicios del Centro (M General, enfermería, Pediatría, recepción, etc), Familias o personas con un problema de salud con un claro componente social, susceptible de la intervención del Trabajador Social, ya sea para darle una respuesta concreta (información de recursos, prestaciones, etc) o para la elaboración del Diagnóstico y Tratamiento Social.
- b. Usuarios remitidos por otros centros sanitarios del segundo y tercer nivel, o bien por otros centros de servicios sociales primarios o especializados.
- c. Usuarios que, por su propia iniciativa, demanden la atención del TS, siempre que pertenezcan a la Zona Básica de Salud y los motivos de consulta se relacionen con problemas de tipo sanitario.

VISITA DOMICILIARIA: Es la actividad de encuentro entre el TS y el individuo o familia que se realiza en el domicilio de los mismos. La visita domiciliaria será siempre programada y se realizará a demanda de algún miembro del EBAP o como estrategia de seguimiento del proceso del Trabajo Social individualizado y familiar.

TRABAJO CON LA COMUNIDAD: Se incluyen todas las actividades en las que el Trabajador Social participa con la comunidad, en su organización y desarrollo, con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida y, por tanto, de salud.

El TS del centro de Salud procurará coordinar estrechamente estas actuaciones de promoción comunitaria con las que se estén desarrollando desde la Unidad de Trabajo Social (UTS) correspondiente (**Servicios Sociales Comunitarios**), garantizando así una atención integrada e integral a la población.

Papel del Trabajador Social en el proceso de Reforma Sanitaria y concretamente en la apertura de cada Centro de Salud.

Esta Circular 1/87, en sus 18 páginas, encierra mucha de la “prehistoria” del Trabajo Social Sanitario en Andalucía que, hoy día, casi 20 años después, creo necesario recordar o, en muchos de los casos, dar a conocer.

El anexo 2 de la Circular especifica el **“Plan de trabajo de los Trabajadores Sociales en los tres meses previos a la apertura de los Centros de Salud”**, y en él se detallan, punto por punto, las actividades que se encomiendan al TS a fin de “reeducar” a la población para integrarla en tareas de participación, como un derecho más de los usuarios, y para informar del nuevo modelo de Atención Sanitaria que se acababa de implantar y ofrecer a la población andaluza, a fin de evitar *“posibles inseguridades o recelos propios de todo proceso de cambio”*. Dicho de otra forma, se encargó a los Trabajadores Sociales VENDER la reforma sanitaria a los usuarios.

Para ello se fijaron, entre otros, los objetivos siguientes:

- Facilitar información para crear un clima favorable.
- Ofrecer al EBAP un informe social de la Zona.

- Facilitar el procedimiento de reestructuración de cupos.
- Concienciar a la Comunidad para incorporar alguno de sus miembros al proceso.
- Contactar con asociaciones y entidades.

Con algunas actividades como:

- Organizar reuniones programadas con las Asociaciones.
- Realizar entrevistas con representantes de instituciones.
- Organizar grupos de colaboradores específicos.
- Captación de líderes de la Zona.

Por último ofrece una serie de “consideraciones” a los Trabajadores Sociales a la hora de realizar este trabajo previo a la apertura a sus Centros de Salud:

- Cada TS debe tener en cuenta que está estableciendo el **primer contacto entre el Equipo de Atención Primaria y la población**, y que de cómo se produzca creará una buena o mala imagen que costará tiempo cambiarla.

- Es muy importante que el TS **sea aceptado por la Comunidad** donde va a actuar, para lo cual debe cuidar especialmente sus relaciones y actitudes para con la población.

El Trabajo Social Sanitario y los Servicios Sociales Comunitarios: Ni juntos ni revueltos, coordinados.

En principio, todos los trabajadores sociales partimos de la misma formación y titulación académica básicas, pero existen elementos determinantes que nos van a indicar claramente los ámbitos de actuación de unos y otros profesionales. Haciendo un “acopio” de los argumentos expresados del magnífico trabajo de nuestras compañeras de Asturias en su obra “Trabajo Social en el Sistema Sanitario Público, Editado por KRK, es necesario recordar algunos de estos elementos.

El primero de ellos es el precepto constitucional que obliga a cada parte a dar respuesta obligada a unas necesidades concretas y, si bien los artículos que regulan la protección a la familia (39.1 y 39.2), a emigrantes y retornados (42), la promoción y participación de la juventud (48), la política pública de minusválidos (49), la protección a la tercera edad (50), etc., están integrados en un Régimen Público en el que se integran los Servicios Sociales, el Sistema Sanitario responde a otro precepto constitucional diferente, al de su artículo 43, que reconoce el derecho a la protección a la Salud.

A fin de hacer efectivos estos preceptos, cada Sistema establece sus propias leyes para desarrollar sus propias competencias que, si para los Servicios Sociales se especifican en el Plan Concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de Servicios Sociales, el Estatuto de Autonomía, la Ley reguladora de Bases de Régimen Local y la Ley de Servicios Sociales de Andalucía, para el Sistema Sanitario viene regulada por el Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud, la Ley 14/86 General de Sanidad, la Ley de Salud de Andalucía, y llevadas a la práctica por el Decreto 195/85, la Orden 2/9/85 y la Circular

1/87, ya comentadas y aludidas.

Se hace evidente que distintos Sistemas Públicos de protección, que responden a distintos preceptos constitucionales, con distinta normativa reguladora, han de estar claramente diferenciados. Por ello, en Andalucía, mientras que los Servicios Sociales son asumidos por la Consejería de Igualdad y Bienestar Social y gestionados bien por los Ayuntamientos mayores de 20.000 habitantes, bien por las Diputaciones Provinciales en el resto de casos, la asistencia sanitaria es asumida por una Consejería diferente, la de Salud, con unas competencias, evidentemente, diferentes.

El Trabajo Social, al igual que otras profesiones, puede aplicarse en diferentes ámbitos y, si bien es cierto que el campo general de intervención es la acción social (como término general), el objeto de intervención es diferente puesto que viene determinado por las necesidades que se presentan en cada campo de actuación. Nos encontramos pues que, un mismo profesional, incide en cuestiones diferentes en tanto que la materia de que se ocupa le plantea objetivos diferentes.

Si los Servicios Sociales han de garantizar las denominadas Prestaciones Básicas que oferta el Plan Concertado, entre las que se encuentran la ayuda a domicilio, el apoyo a la unidad convivencial y el alojamiento alternativo, el Sistema Sanitario ha de garantizar la atención de los **problemas de salud**, para lo cual ofrece una serie de servicios, también básicos, en su denominada Cartera de Servicios, en la que no se incluye de modo alguno, por ejemplo, la gestión de alojamientos alternativos ni la gestión de recurso residencial alguno que no sean de ámbito sanitario y/u hospitalario, ni la gestión de pensiones ni ayudas económicas de otras Consejerías.

En resumen, preceptos constitucionales, marco legislativo, orientaciones particulares de los distintos Sistema de Protección Social, el origen de las necesidades, competencias diferenciadas, conocimientos y campo concreto de actuación, incluyen explícita e implícitamente elementos diferenciadores más que suficientes para que responsables y técnicos asuman y contribuyan, cada cual a su nivel, al desarrollo del Trabajo Social Sanitario como un componente profesional propio, específico e inherente al proceso de atención integral a la salud. El trabajador social de salud no es una “extensión” de los Servicios Sociales en el Centro de Salud, ni se corresponde con los Servicios Sociales del Centro de Salud.

Otra cosa bien distinta es que los profesionales de uno y otro ámbito de actuación trabajen de forma conjunta y coordinada, tal y como la normativa indica, lo que en modo alguno implica, por el contrario, que las competencias específicas de cada profesional deban ser asumidas por los otros, como una obligación más de su actuación profesional.

Ya en el año 1999, en el seno de las Jornadas de Salud Pública de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada, centradas en la Atención Socio-Sanitaria, la por entonces Gerente del SAS, D^a Carmen Martínez Aguayo, en presencia del por entonces Consejero de Servicios Sociales, D Isaiás Pérez Saldaña, manifestó literalmente lo siguiente:

“Como actual responsable del Servicio Andaluz de Salud no estoy dispuesta a que nuestros profesionales, y en este caso, los Trabajadores Sociales, dediquen ni un mi-

nuto más de su tiempo, ni uno más de sus recursos, a gestionar recursos de otra Consejería, tramitando pensiones y residencias, que no son de su competencia”.

La coexistencia de ambos sistemas de protección y el hecho de que en no pocas ocasiones, Trabajadores Sociales de Servicios Sociales y de Salud realicen idénticas funciones, gestiones y asumiesen idénticas competencias, ha facilitado el error de considerar que ambos son la misma cosa, en distinto puesto de trabajo, lo cual es un gran error en el que han caído responsables, técnicos, políticos y no pocos trabajadores sociales de uno y otro lado.

Y la asunción, por parte de los Trabajadores Sociales de Salud, de gestiones y competencias de nuestros compañeros de Servicios Sociales, si bien ha podido contribuir a generar unos resultados estadísticos de actividad asistencial muy estimables (tengo muchísimo trabajo... ..), también es cierto que ha descuidado en gran manera el desarrollo de todas y cada una de las funciones y competencias que, por ley, tenemos asignadas para desarrollar en nuestro Centro de Salud.

Y la Orden 2/9/85 es bien clara en este aspecto: “Ofertar **asistencia social sanitaria...** dentro de las funciones y competencias dadas por la Consejería de Salud, no de otra administración. Funciones y competencias que, precisamente, están empezando a asumir otras categorías profesionales (de cuyo nombre no quiero acordarme), con gran asombro y revuelo por parte del colectivo de Trabajo Social, pero con una respuesta profesional muy pobre o inexistente.

Rincones, esquinas y vericuetos inexplorados o poco conocidos del Trabajo Social en Atención Primaria de Salud, en Andalucía.

1. Unidad de Atención Directa.

En la página 3 de este trabajo se hace referencia a la denominada Unidad de Atención Directa de los Centros de Salud (Art. 12 Orden 2/9/85), que asume *la responsabilidad de la coordinación de las actividades dirigidas a la atención tanto de los individuos como del medio donde estas se desenvuelven*. Constituidas por los Directores de Programas y por el TS, se concibe *como una unidad funcional con la misión de asesorar técnicamente a la Dirección del Centro de Salud y a facilitar su labor*.

¿A qué ha quedado reducido el papel del TS en esta Unidad? ¿Se realizan funciones de asesoramiento técnico? ¿Se facilita la labor de la dirección mediante actuaciones profesionales del ámbito competencial del TS? ¿Se asume alguna responsabilidad de coordinación de actividades?

El TS, como profesional, como técnico, está perfectamente capacitado para, dentro de sus capacidades profesionales, de su formación y de sus conocimientos, realizar esas labores de coordinación de actividades, asesoramiento y apoyo a la Dirección del Centro de Salud y, sin embargo, resulta difícil encontrar algún TS que dedique parte de su tiempo a cualquiera de estas actividades.

2. Gestoría de Usuarios.

Sí, voy a hablar de la Gestoría de Usuarios, o del Servicio de Atención al Usuario o, si lo prefieres, del Servicio de Atención al Paciente que entiendo que es en lo que han derivado, con el transcurrir de los años, las Unidades de Atención Directa. Y se que esta alusión no hará gracia a muchos compañeros y compañeras... pero esto es lo que hay.

Hace años se “insinuó” al colectivo de Trabajadores Sociales la posibilidad de pasar a formar parte de las Unidades de Gestoría de Usuarios y, en ocasiones, a coordinar sus actuaciones, a realizar funciones de responsables de dichas unidades y, en no pocos casos, se alzaron voces contrarias a esta posibilidad, alegando que estas competencias no correspondían al TS, y que eso no era Trabajo Social. Esas voces se originaron entre los propios profesionales del Trabajo Social. Ahora son Pedagogos, Psicólogos, Enfermeros, Epidemiólogos y Médicos los que ocupan estos puestos de responsabilidad...

Uno de los principales escollos a superar en esta asunción de competencias y responsabilidades era la gestión de las reclamaciones. El otro asumir la responsabilidad del personal administrativo que realiza las funciones de recepción, que son los primeros profesionales de contacto con los usuarios.

Sin embargo, en el desarrollo de las funciones y competencias propias del TS en el Centro de Salud, además de la de informar sobre derechos y deberes a los usuarios (función que asume de la Gestoría de Usuarios), nos encontramos con las de:

“Contribuir a mejorar la calidad del servicio de recepción del Centro de Salud, participando en su ordenación y evaluación para conseguir un mejor cumplimiento de sus funciones de información y canalización de las reclamaciones”.

¿Por qué no puede asumir el TS la coordinación de la Gestoría de Usuarios? ¿Acaso no figuran esas competencias dentro de sus propias funciones? ¿Qué miedo hay de hacerlo? ¿Abandonar lo que la profesión considera Trabajo Social puro y duro? ¿Resulta imposible asumir al Trabajo Social y esta responsabilidad? Creo que no.

Y lo más triste de toda esta dinámica es que estas funciones y competencias propias del TS acaban siendo asumidas y desarrolladas por profesionales distintos y ajenos al Trabajo Social. Y la historia se repite. Mientras observamos impasibles el desarrollo por otros profesionales de unas funciones que perfectamente podíamos desarrollar en nuestros Centros de Salud, consentimos casi de la misma forma que, funciones tradicionales y exclusivas del Trabajo Social, armazón y sustento de la profesión, están siendo asumidas por profesionales sanitarios que, sin rubor alguno, amplían sus competencias, funciones y actividades a costa de la pasividad y desinterés del colectivo de Trabajo Social, animados, apoyados y consentidos (eso sí que es evidente) por la Administración Sanitaria. La misma Administración que nos ofreció asumir otras competencias que ahora tampoco tenemos al alcance. Se lo pusimos demasiado fácil.

3. Formación.

Al introducir el término “formación” de forma genérica, lo hago para poder abarcar las dos facetas de las que pretendo escribir en este apartado.

Por una parte me referiré a la Formación Continuada de los miembros del EBAP, aportando nuestros conocimientos específicos en Trabajo Social, como una de las funciones literalmente asignada en dichos términos al TS. Función que se desarrolla y ejecuta realizando diversas actividades que hagan llegar dichos conocimientos y puntos de vista, iniciativas, sugerencias, aportaciones y valoraciones al resto del EBAP en el que nos encontramos inmersos. Actividades que, por una u otra razón se aplazan, se evitan o simplemente se olvidan, a veces con excusas peregrinas como la vergüenza de hablar en público, el no saber utilizar un ordenador, no tener tiempo... etc.

Por otra parte nos encontramos con la Formación pregrado y postgrado de los profesionales de Atención Primaria, incluidos los alumnos de Trabajo Social, que es otra de las competencias y funciones asignadas al TS de forma literal. Alumnos de Enfermería, MIR y FIR a los que poder “impregnar” de la visión del Trabajo Social en Salud, de forma directa y diaria y, sobre todo, alumnos de Trabajo Social.

En mi época de TS en el Hospital de Motril era el único profesional que admitía alumnos de prácticas en los Hospitales de la provincia de Granada.... Parece que olvidamos muy pronto que todos fuimos alguna vez alumnos en busca de un buen Centro de Prácticas...

Nadie mejor que un TS de Salud, nadie, para poder transmitir a un futuro compañero o compañera lo que supone esta actividad profesional. Nadie mejor que nosotros. No seamos los que les cerremos esta magnífica oportunidad.

4. Trabajo Social Comunitario.

Promover la organización de la comunidad, impulsar el voluntariado, colaborar en su formación, promover y potenciar actividades que surjan de grupos constituidos sobre el tema de salud, potenciar formas asociadas, conocer programas y/o actividades implantadas por instituciones ajenas al Centro de Salud... etc. Para hacer posible todo esto, que son funciones asignadas al TS, hay que salir del despacho. Hay que salir a la calle e integrarse en la comunidad a la que el Centro de Salud presta sus servicios.

No basta con hacer un listado de asociaciones radicadas en nuestra localidad, hay que conocerlas, visitarla, ofrecer nuestro apoyo y colaboración en aquellas actividades que organicen y en las que podamos aportar nuestros conocimientos y capacidades. O plantearle el desarrollo conjunto de actividades programadas desde el propio Centro de Salud.

Un responsable el Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad Complutense de Madrid, Juan Carlos Duro Martínez, lo resume de esta manera:

“Los profesionales de atención primaria mayoritariamente consideran el trabajo con

grupos como algo marginal cuya finalidad principal sería el ahorro y, subsidiariamente, a la Educación para la Salud. Se realizan básicamente con pacientes crónicos y mujeres, planteándose el trabajo comunitario en un segundo término”.

Y ha de ser así, salvo que pretendamos volver a la situación ya comentada con anterioridad: ver cómo otros profesionales ajenos al Trabajo Social asumen esas competencias, funciones y actividades. Ganas no les faltan y ejemplos de ello ya existen como para no poder permitirnos el lujo de relajarnos en este ni en cualquier otro ámbito competencial de nuestra profesión.

5. Promoción de la Salud Comunitaria.

Salud y enfermedad no son entes abstractos que rodean y se entremezclan únicamente en nuestro contexto privado. Bienestar social, calidad de vida, nivel de salud e incluso la muerte, se desarrollan a lo largo y ancho de nuestro ámbito social más cercano y más alejado en los que se desarrolla nuestra vida diaria.

Cuando me refería al Trabajo Social Comunitario, hago referencia al protagonismo de la comunidad, no de los individuos, y cuando se hace referencia a la Promoción de la Salud en la Comunidad, me refiero a algo diferente a la Promoción de la Salud individual.

Si bien en ambos casos lo que se pretende es “*conseguir que individuos y los diversos grupos de población adopten comportamientos que les ayuden a conservar mejor su salud*”, la forma de llevarla a cabo es diferente.

En la página 7 se hace referencia a lo que calificado como “prehistoria” del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria, en Andalucía, a sus orígenes y los primeros pasos de la reforma sanitaria en Andalucía.

En los planteamientos iniciales de esta reforma se encontraban elementos, generalmente más en la teoría que en la práctica, que hacían pensar en un fuerte desarrollo del trabajo preventivo en la comunidad, y por lo tanto de los grupos como dispositivos de intervención a potenciar por parte de los equipos interdisciplinarios en los que, precisamente los Trabajadores Sociales, fueron la novedad.

“Pero el paso de los años, asumido el Informe Abril de 1991, la política de ahorro y contención de gasto, contribuirán a que los argumentos relacionados con el modelo de salud comunitaria, enarbolado principalmente por los profesionales de Trabajo Social, cuya contratación se estancó y cuya presencia ha ido quedando relegada a la gestión de casos, y por algunos médicos y personal de enfermería, persisten sólo como testimonio de los primeros años de fervor comunitario”. (Carlos Duro)

Por ello, el enfoque de Promoción de la Salud, del desarrollo de actividades de Educación para la Salud, está lejos de ser incorporado en nuestro Sistema de Salud, y especialmente en Atención Primaria, ni por parte de la Administración ni por parte de los propios profesionales, en una atención sanitaria que refuerza mucho más la relación médico paciente, que dedica más recursos a la enfermedad que a la promoción de la salud y que disminuye la participación social en el ámbito de la salud.

Aún así, y como señala Carlos Duro la concepción de grupo como modelo de “ahorro” está más presentes en ciertos grupos profesionales que en otros y, de entre ellos, destaca al de Trabajadores Sociales, con una evidente mayor formación grupal en su “socialización universitaria” que , por ejemplo, médicos y enfermeros.

Por todo ello, teniendo en cuenta el influjo de las variables sociales en la Salud, la formación en trabajo con grupos de los Trabajadores Sociales, su integración en el Equipo Básico de Atención Primaria, su labor de asesoramiento y apoyo al EBAP, su formación y sus competencias profesionales, considero que el Trabajador Social se encuentra en una situación de PRIVILEGIO , estratégica, para poder desarrollar actividades de Educación y Promoción de la salud en su ámbito de trabajo, algo que, hoy por hoy, se produce en no demasiadas ocasiones.

6. Atención directa en Consulta.

Nuestro compañero Miguel Miranda, en el prólogo del libro de Amaya Ituarte Tellaeche “Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico”, lo escribe como una provocación. Yo lo recupero como una triste evidencia:

“Hemos reducido la profesión a la labor de administrar recursos”

Y no se queda ahí y en lo que él mismo expone como una exageración añade:

“Hemos reducido nuestro arsenal terapéutico a poco más que conocer los recursos materiales disponibles y ofrecidos por las Administraciones públicas y las Instituciones privadas y hacer parodias de entrevistas que cada vez se parecen más a las que realizan el cliente y el tendero o el camarero.

Y naturalmente sin documentar, sin registrar nada, porque sencillamente no hay razón para hacerlo. Pero eso sí, seguimos teniendo muchísimo trabajo. Seguimos derivando casos, que no es muy diferente de mandarlos a la deriva, con el lastre de sus problemas de los que nadie realmente se hace cargo”.

¿Esto es lo que pretendemos que sea el Trabajo Social Sanitario? ¿Es esto “mejor” Trabajo Social que ser responsable de la Gestoría de Usuarios, gestionar reclamaciones, realizar labores de formación y trabajo con la comunidad?

Permitirme una última pregunta en este apartado ¿Es mejor y más útil para los usuarios de nuestros Centros la actitud de “apaga fuegos” y “parcheo” que hoy se desarrolla en no pocos de ellos, o sería mejor una actitud preventiva, investigadora y de participación real en el EBAP y en la Comunidad que al menos intentara minimizar las situaciones que provocan que dichos usuarios necesiten de nuestra intervención profesional?

No esperéis encontrar en estas líneas la respuesta a mis propias preguntas ya que, al igual que hiciera Miguel Miranda, yo tan sólo pretendo provocar, despertar interés por el tema, levantar ampollas, generar ideas y respuestas a mis muy personales argumentaciones y comentarios. Porque estoy seguro que habrá quién podrá argumentar en contra de lo aquí expuesto, y eso es lo que espero y deseo. Y que lo podamos leer. Que no se queden esos razonamientos en el limbo o rondando por las cabezas de muchos y

muchas compañeros/as. Así no avanzaremos nada. Es un favor que como compañero me atrevo a pedirlos.

CONCLUSIONES

Hasta aquí hemos llegado en este pequeño viaje “virtual” por las esquinas, rincones y vericuetos del Trabajo Social en un Centro de Salud. Mis esquinas y vericuetos que, evidentemente, puede que no sean tus recovecos ni tus escondites. Porque quizás tengas otros muy distintos, muy parecidos pero no iguales o, simplemente, porque no tengas ninguno. En este último caso, enhorabuena. Dinos cómo lo haces.

De la lectura de la normativa a la que hago referencia en este trabajo se pueden entre-sacar muchas argumentaciones y conclusiones; de la formación específica del Trabajador Social en diversas áreas (derecho, sociología, psicología, medicina social, trabajo social, psiquiatría, trabajo en grupos, técnicas, etc), se obtiene una capacitación profesional concreta y de la habilitación legal que nos otorga nuestra titulación, unas competencias profesionales bien definidas.

Si somos capaces de unir todas estas variables; si somos capaces de (por lo menos) intentar desarrollar todas y cada una de nuestras funciones (o el mayor número de ellas), estaremos aportando nuestro grano de arena a la superación de esa crisis profesional de la que tanto nos quejamos.

Asumo, como hiciera Miguel Miranda en su prólogo a la obra de Amaya Ituarte, que esto puede ser una provocación, incluso una exageración, pero profesional y personalmente, en este caso, y a la vista de los acontecimientos, prefiero “pasarme” que quedarme corto.

Hay que intervenir en esta situación de forma profesional, argumentando, cimentando nuestras actuaciones en la normativa legal, en las competencias profesionales, en nuestra formación y conocimientos. Sin complejo alguno de inferioridad ante ninguna otra categoría profesional que, ya por desgracia en demasiados casos, asumen parcelas del trabajo social, sin rubor alguno y, lo que es peor, sin conocimiento, preparación, formación ni habilitación legal alguna para hacerlo.

Seamos pues profesionales. Hagamos nuestro trabajo como sabemos hacerlo; despleguemos nuestras capacidades como somos capaces de hacerlo; exijamos formación continuada en las parcelas que necesitemos pero, sobre todo, que seamos capaces de contar todo lo que hacemos: publicarlo, difundirlo, compartirlo, comentarlo. Sin miedo a la crítica, con crítica constructiva, con apoyos mutuos y colaboración profesional entre nosotros en aquellas iniciativas o proyectos que pongamos en marcha y que puedan beneficiarnos como colectivos. Ejemplos tenemos varios, pero estoy seguro de que hay muchos más a los que un “empuje” del colectivo y un trabajo compartido harían mucho más fuertes.

Espero vuestras noticias. Seguimos trabajando....

BIBLIOGRAFÍA

- Circular 1/87 de la Consejería de Salud de Andalucía. Desarrollo de las funciones de los TT. Sociales en A. Primaria de Andalucía.
- Colomer Revuelta.C y Alvarez-Dardet Díaz. C. “Promoción de la Salud y Cambio Social” Ed. Masson, Barcelona. 2000.
- Decreto 195/85 de ordenación de la atención primaria de salud en Andalucía.
- De Robertis, Cristina (2003). “Fundamentos del Trabajo Social”. Ed. Nau Llibres. Valencia.
- Duro Martínez, JC. “El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupo: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. Revista Española de Salud Pública 2002; 76: 545-559. Septiembre –Octubre 2002.
- Frias Osuna, A. “Salud Pública y Educación para la Salud”. Ed Masson. 2004. Barcelona
- Ituarte Tellaeche, A. (1992). “Procedimiento y Proceso den Trabajo Social Clínico”. Colección Trabajo Social. Consejo Gral de Colegios Oficiales en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid.
- Mondragón, J y Trigueros, I. (1999). “Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud”. Ed. Siglo XXI. Madrid..
- Orden 2/9/85 de la Consejería de Salud. Funciones de los TT.SS. en A. Primaria de Salud de Andalucía.

XI Premio Científico

Año 2007

1.- Las posiciones institucionales y profesionales que se imbrican en la atención a la demanda de las personas en los servicios sociales: la mediación entre la demanda y los recursos ofertados.

Carmina Puig i Cruells

Profesora titular de los estudios de Trabajo Social
en la Universidad Rovira i Virgil de Tarragona

Las posiciones institucionales y profesionales que se imbrican en la atención a la demanda de las personas en los servicios sociales: la mediación entre la demanda y los recursos ofertados

Carmina Puig i Cruells

Profesora titular de los estudios de Trabajo Social
en la Universidad Rovira i Virgil de Tarragona

Resumen

El artículo trata de cómo interfieren diferentes supuestos institucionales y profesionales en la atención social a las personas. Se analizan como los juicios previos generan muchas resistencias en los dispositivos asistenciales, a la vez que condicionan y se revelan en la presentación de la demanda que hacen las personas a los servicios sociales.

También explora la idea de límite, en aquello que pueden facilitar los servicios con responsabilidad. Profundiza en como las instituciones y sus recursos no pueden buscar la satisfacción “total” del cliente. Estas deben acompañar procesos, mostrar posibilidades, distribuir prestaciones, evaluando dinámicamente la satisfacción del cliente de forma mesurada, sin caer en un exceso de valoración de los recursos.

Se proponen nuevas intervenciones y una renovada significación de los recursos sociales, sean estos materiales o sociales, que procuren a los profesionales mejoradas formas de mediación, con el propósito de que se facilite la responsabilidad a las personas en sus procesos psicosociales.

Palabras claves

Usuarios, expectativas, creencias, demanda, resignificación de los recursos sociales, formas de intervención y mediación, responsabilidad, autonomía

Muchas son las creencias, supuestos institucionales y profesionales que están imbricados, de forma clara o latente, en la atención a las personas. En este artículo se describe y profundiza sobre las posiciones de las instituciones y de los usuarios, las cuales están imbricadas en las demandas que reciben los servicios sociales y su posible mediación con los recursos.

Las instituciones

Existe la representación social e institucional del supuesto, a menudo compartido, de que lo que define a un cliente o usuario, cuando se dirige a un servicio social es que *“pide porque necesita algo”*, y de que lo que define a la institución y, por extensión, a los profesionales de lo social es que *“siempre tienen algo que dar”*.

Estas ideas (representaciones) generan, a priori, muchas resistencias tanto en el demandante como en el profesional y la institución, causadas por la impotencia de la que parte el usuario y la omnipotencia que se le supone al trabajador de lo social y, por extensión, a las instituciones.

Otra creencia, muy estereotipada, es que la satisfacción del usuario está garantizada, en la medida en que se responda a sus peticiones. En realidad, muchas expresiones de malestar no se sustentan en carencias objetivas sino en supuestas demandas inespecíficas, atribuibles a diversas causas y a menudo de difícil resolución. *“Cuando una persona llega a servicios sociales «pidiendo», la demanda no se dirige específicamente al trabajador social, sino a todas las personas de las que a lo largo de su vida ha esperado recibir algo que nunca ha recibido.”* (Molleda (1999:167)¹.

En este sentido, por más que la organización o los profesionales quieran solventar las carencias, la insatisfacción del usuario permanecerá si no se da respuesta, de una forma u otra, a las necesidades que siente, las cuales pueden estar en un plano distinto al explícitamente expresado o construido por la persona demandante. Los servicios sociales deben de ser conocedores expertos de sus posibilidades, pero aún más de sus limitaciones. Las instituciones y sus recursos, así como los profesionales, no pueden procurar el bienestar absoluto del cliente y han de evaluar el grado de satisfacción de la demanda de forma comedida.

Otro supuesto es la demanda, a menudo masiva, y las situaciones objetivamente dramáticas que presentan las personas a los dispositivos de asistencia y a sus profesionales, las cuales generan, lógicamente, elevados índices de perturbación y de incertidumbre. Estas situaciones puede provocar, una actitud *“expulsadora”* más o menos solapada por parte del profesional -institución-, intentando derivar al usuario a otro servicio considerado más idóneo. Estas derivaciones, generalmente, fracasan o no se cumplen, ya que son muchas las experiencias de clientes-usuarios que no se presentan al servicio propuesto.

Para poder orientar las derivaciones de forma efectiva, aunque asumiendo la posibilidad de fracaso, es necesario partir de la demanda y de los límites del contexto institucio-

.....
¹ MOLLEDA, E. (1999). “La intervención social a partir de una demanda económica en servicios sociales generales”, Cuadernos de Trabajo Social, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.

nal donde se realiza y establecer una relación significativa entre el trabajador social y el usuario o cliente. Así, la derivación podrá enmarcarse desde el cuidado y la atención del profesional a la persona y no desde el abandono y la expulsión.

Existe también la representación social de que el avance en el reconocimiento de los derechos sociales y de los sistemas de protección social es un hecho objetivo. Los dispositivos que los representan (administraciones, ONG) se incluyen en los catálogos de servicios y se anuncian en distintos medios, y son a menudo objeto de libros y publicaciones.

La necesidad de colaboración y coordinación entre los sistemas institucionales es absolutamente indispensable, pero, en muchas ocasiones, la práctica del ejercicio profesional presenta dificultades para conformar redes efectivas y colaboraciones de profesionales que tengan como objetivo actuar en beneficio del cliente. Ese beneficio tiene su expresión en el intercambio de información, en el análisis y la comprensión de los problemas, en la evaluación de la situación que se trata, en la elaboración de planes de intervención, etc., con el fin de evitar, en la medida de lo posible, las incongruencias, los solapamientos en la acción, la *multiintervención*, elementos que desorientan a las personas y desgastan excesivamente a los profesionales.

La comunicación entre profesionales de la misma disciplina o procedentes de distintos campos debe servir para aunar esfuerzos y concretarse en la elaboración conjunta de planes de acción y evaluación, en el establecimiento de roles de acuerdo con los distintos profesionales, en el desarrollo del trabajo en equipo, en la consulta o supervisión en situaciones específicas, etc. En última instancia, si se quieren ofrecer intervenciones integrales y gestionar servicios de calidad, todos estos elementos resultan imprescindibles, de tal manera que hay que superar las dificultades que pueda plantear el acercamiento de determinados profesionales o instituciones.

Los usuarios

En relación con los usuarios o clientes, demandantes de servicios sociales, pretendo mostrar diferentes estados, ciclos y estadios de la persona que demanda ayuda. Consideramos que estos deberían de ser incorporados y analizados conjuntamente con el resto de elementos más formales que configuran la demanda de intervención social. Me centraré, de manera particular, en los siguientes aspectos:

- Lo invisible o anterior a la demanda de ayuda.
- Las expectativas de la persona demandante o lo que emerge.

Lo invisible o anterior a la demanda de ayuda.

Toda persona que es potencial usuario de los servicios sociales presenta una preocupación, un problema, una necesidad y una demanda íntimamente ligados a su historia, sus capacidades, sus recursos, sus sentimientos, sus miedos y sus deseos, además de sus expectativas y motivaciones en relación con la solicitud de ayuda. *“La decisión de ir a un equipo asistencial tiene que ver en como los individuos han construido sus experiencias anteriores de atención social, como han vivido, pensado, construido la experiencia con los*

dispositivos". (Comelles: 2005)².

Aunque los profesionales o los dispositivos no conozcan previamente a la persona, se han dado algunos elementos de cambio (no visibles) que estimulan a la persona a acudir a un profesional o a una institución. Es importante preguntarnos acerca de estos elementos aparentemente no visibles para comprender, de manera preliminar, qué situación está atravesando la persona.

En definitiva, es necesario reflexionar sobre aquello que es anterior a la llegada al dispositivo o a la atención profesional. La persona, que por iniciativa propia entra en contacto con el servicio, se encuentra en un momento muy significativo: se ha decidido, ha actuado. Siguiendo a Cristina de Robertis³ y a Belén Arija⁴, para que eso ocurra, ha tenido que pasar antes por diferentes etapas que, aunque invisibles, son responsables de la demanda de ayuda.

La persona, en primer lugar, ha podido afrontar que tiene un problema, y decírselo a sí misma. No niega rotundamente la situación; siente una necesidad. También se ha movilizado un deseo, la intuición de cambio, iniciándose así un esbozo de definición de lo que quiere conseguir. Intenta entonces encontrar los medios para concretar el cambio deseado, aceptando propuestas o recomendaciones que puedan servir para satisfacer sus expectativas. Las decisiones sobre donde ir no son autónomas, están colegiadas y se encuentran buscando recursos en el entorno y en las representaciones que se han construido acerca del sistema.

Durante todo este proceso, a menudo muy prolongado (excepto en las situaciones imprevistas o de crisis), el individuo se ha movilizado, se ha enfrentado a diferentes soluciones, a sus propias incapacidades y quizás, incluso al temor que produce tomar conciencia de una situación y querer cambiarla. Cualquiera que sea la manera como la persona presenta su demanda, siempre ha recorrido un trayecto previo. La persona está en movimiento, se dirige hacia un cambio de situación, y de ello resulta de una pugna entre lo que puede y desea resolver y el temor a lo desconocido o a la propia vulnerabilidad.

La persona llega a un contexto desconocido -los dispositivos sociales- donde será atendida por un profesional también desconocido. Su posición es de vulnerabilidad; el temor está vinculado a la situación misma de solicitar ayuda, a la situación de dependencia y de reconocimiento del propio fracaso. *"La representación interna del encuentro con el otro está cargada de temor: ser invadidos, avasallados, culpabilizados..., forzados a hacer lo que no desean, perturbados en sus ritmos, desorganizados cognitivamente. Es decir, violentados afectiva, instrumental y cognitivamente"* (Bleichmar, 1999)⁵.

En esta situación, están presentes tanto el miedo como el anhelo de la persona de ser bien atendida, de ser comprendida, de ser tomada en consideración, además del afán (imaginario) de que los profesionales y los dispositivos de asistencia puedan resolver to-

.....
2 COMELLES, J. M. (2006): Apuntes seminario Doctorado Antropología de la Medicina 2005-2007. Tarragona

3 DE ROBERTIS, C. (1988). Metodología de la intervención en trabajo social, Buenos Aires, El Ateneo

4 ARIJA, B. (1999). "Apuntes para una reflexión teórico-práctica de la relación de ayuda", Cuadernos de Trabajo Social, Madrid, Universidad Complutense de Madrid

5 BLEICHMAR, H. (1999). "Del apego al deseo de intimidad: las angustias del desencuentro", Aperturas Psicoanalíticas (www.aperturas.org).

dos sus problemas. Es a través de su comportamiento, de la manera de presentarse, del contenido de la demanda, de la formulación de los mensajes, cómo se puede adquirir un mejor conocimiento de las contradicciones que acompañan la demanda y que, al mismo tiempo, son los responsables de la movilización.

Comprender el conjunto de elementos contradictorios que se presentan en la persona que acude a pedir ayuda permite entender que no siempre es posible establecer en los primeros encuentros una relación significativa. Hay personas con las que se consigue establecer un vínculo de confianza, mientras que con otras eso no es posible. Dicho de otro modo, el encuentro puede darse o no. El profesional debe procurar que se inicie el vínculo, pero no puede evitar los condicionantes que operan sobre el sujeto y la relación.

Iniciar el vínculo es respetar el ritmo de cada individuo, sin complacencias o estancamientos que deriven en una relación de dependencia: el profesional debe diferenciar-se, mantener una distancia óptima. En este sentido, la auto-observación profesional y la atención preventiva son perspectivas muy recomendables. La individualización, la consideración de la persona con todas sus peculiaridades, el apoyo y el respeto son herramientas de primer orden para cualquier dispositivo.

Las expectativas de la persona demandante o lo que emerge.

Las personas que acuden a los servicios traen sus propias expectativas. Estas pueden ser muy altas o casi inexistentes; su naturaleza depende de la madurez y del juicio que tiene de su situación. Las expectativas teñidas de sentimientos idealizados, del tipo “*todo se arreglará sin esfuerzo*”, “*el tiempo todo lo cura*”, “*nada depende de mí*”, resultan más inalcanzables; en cambio, cuando son más razonables, las posibilidades de éxito son mayores.

Salzberger-Wittenberg, en *La relación asistencial* (1970), nos facilitan elementos para una mejor comprensión de los elementos que debe considerar el trabajador social en relación con las expectativas y los sentimientos del cliente.

El cliente, antes de establecer una relación con el profesional, alberga determinadas esperanzas ideales: “*Cada nueva empresa tiende a despertar nuestras expectativas ideales [...] es como si dijéramos ahora será diferente, esta persona me dará todo lo que alguna vez desee tener*” (Salzberger-Wittenberg, 1970: 23).⁶ Asimismo, también alberga temores acerca de la ayuda y de sí mismo.

Las esperanzas o las expectativas del cliente están siempre muy presentes y, en consecuencia, se expresan en la relación que establece con el dispositivo. Por este motivo, existen diferentes mecanismos que aquel puede utilizar para, de forma ideal, librarse del dolor:

- a) El cliente pide que sea el dispositivo quien le diga lo que debe hacer, como si se tratara de una adivinación; la indicación del profesional se acata sin discusión. Esta actitud puede que se origine en el malestar emocional que comporta la ignorancia, y por la culpabilidad que emerge cuando las cosas no van bien. Si la relación o las

.....
6 SALZBERGER-WITTENBERG, I. (1970). *La relación asistencial*, Buenos Aires, Amorrortu.

indicaciones del profesional no están de acuerdo con las expectativas de la persona atendida, puede que la hostilidad y la incompreensión latentes se hagan patentes.

b) La persona verbaliza de forma masiva las situaciones que le preocupan sin procurar entender qué le pasa; trata de airear todos sus problemas. El miedo al rechazo o al reproche del profesional le hacen sentirse avergonzado, y ello le lleva a actuar como vaciador.

c) La persona busca a alguien que le ayude a soportar su carga. Si lo que busca es apoyo, comunicar los problemas que tiene, y que le ayuden a encontrar soluciones, la relación puede resultar muy provechosa ya que ofrece contención, la persona se sentirá reconocido y apoyado a la hora de sobrellevar su situación.

d) La persona demandante de ayuda necesita ser aceptada tal cual es, con todos sus defectos y carencias. En este caso, precisa de una comprensión que, a menudo, se esfuerza por obtener, aunque teme decepcionar al profesional cuando se conozca la verdad.

También los temores forman parte de las expectativas y, por ese motivo, operan igualmente sobre la relación. Ser inculpado, reprocharse los fracasos consigo mismo o con el entorno, son actitudes que pueden ocultar información importante, o bien desplazar la culpa hacia otras personas. En este caso, la causa del problema se atribuye a razones externas y simples, porqué no puede comprender las más profundas, o no se atreve a ello. El miedo a ser castigado por ser, en parte, culpable de la situación que está viviendo es también un temor irracional, pero presente.

Otro elemento relevante es el temor a ser abandonado, menospreciado por los dispositivos asistenciales. Ha sido dificultoso llegar a confiar en el profesional. Una vez depositada la confianza en él, la persona puede sentirse más vulnerable y temer que lo abandonen antes de solucionar sus problemas (*op. cit.*: 23-26).

Por otra parte, Belén Arija, a partir de su propia experiencia profesional, explica que hay personas que han dejado de tener metas, lo que ha generado en ellas una desilusión tan profunda que únicamente esperan que algo ajeno, casi de carácter mágico, resuelva su situación: *“Esperan que el apoyo externo sustituya por entero su propio auto-apoyo, e incluso, en ocasiones, ya no esperan siquiera eso, porqué han perdido la esperanza”* (Arija, 1999: 148)⁷.

Algunas personas demandan ser dependientes de los servicios, en el sentido de que han articulado su vida en torno a las múltiples prestaciones y servicios existentes y se resisten a cambiar, pues aceptan esa situación como un fenómeno natural. Sin embargo, también hay individuos que luchan por dar sentido a sus vidas, que disponen de más recursos personales y que son conscientes de la profesionalidad de la ayuda.

Las personas demandantes plantean diferentes tipos de expectativas:⁸

7 ARIJA, B. (1999). “Apuntes para una reflexión teórico-práctica de la relación de ayuda”, Cuadernos de Trabajo Social, Madrid, Universidad Complutense de Madrid

8 En el artículo titulado “La motivación en los servicios sociales” (pág. 104), Gutiérrez Resa se ocupa de las expectativas de los usuarios. El resumen elaborado se basa en sus aportaciones

- a) La persona evalúa racionalmente su solicitud al servicio social y las condiciones que este le exige.
- b) La persona solicita la ayuda por impulsos poco relacionados con su solicitud.
- c) Cuando estando en condiciones de realizar una demanda, se inhibe de pedir ayuda.
- d) La persona prueba. Se mezclan las expectativas conscientes y las inconscientes que suscita la existencia de servicios.

Aunque se han descrito diferentes expectativas en relación con el momento en que una persona acude a un dispositivo, no es nuestro propósito clasificarlas, pues ninguna de ellas se da en estado puro. Más bien se ponen de manifiesto que estos diferentes estados deben ser analizados en el momento en que se dan y que, por tanto, deben incorporarse al conjunto de elementos que se han de tomar en consideración para desarrollar una intervención adecuada. Mostrar atención a la expectativa de las personas, al momento en que se encuentran, posibilita que los profesionales y los dispositivos sean también más vigilantes con las expectativas que depositan sobre el usuario.

Se trata, pues, de encontrar el punto de equilibrio entre la exigencia profesional y la comprensión de la situación del cliente, para poder vincularse adecuadamente, respetando al mismo tiempo las posibilidades del usuario y las del profesional. En última instancia, el proceso de ayuda y la intervención social están sujetos a procesos vitales y humanos plagados de contradicciones, límites e incertidumbres.

Los recursos sociales y la necesidad de dotarlos de una nueva significación: de apoyo a los procesos de mejora de la persona

La importancia de las reflexiones expuestas hasta ahora, a nivel de la práctica profesional, estriba en que nos remiten a la idea de límite y de responsabilidad, en el sentido que las instituciones y sus recursos, así como los profesionales, no pueden pretender la satisfacción “total” del cliente. Pueden acompañar procesos, mostrar posibilidades, distribuir prestaciones, etc., pero procurando evaluar el grado de satisfacción del cliente de forma mesurada y limitada sin caer en las soluciones que generan irresponsabilidad, con un exceso de valoración de los recursos.

Los enfoques profesionales que buscan responsabilizar al usuario y que potencian su autonomía personal deben de actuar sobre las demandas, mediante la resignificación de los recursos, en el sentido de dotarlos, desde los dispositivos asistenciales, de nuevos significados.

Los recursos sociales y materiales constituyen un elemento clave de las instituciones o dispositivos de los servicios sociales, así como de la práctica del trabajo social. “En los servicios a las personas hay tres elementos sustantivos: a) los elementos instrumentales que pueden satisfacerse a través de una prestación [...], b) los elementos expresivos que están vinculados a la identidad, a la biografía personal, a los mundos vitales; como elementos unidos a la subjetividad, trascienden la mercancía y sólo surgen en el interior de una inte-

racción personal, y c) una reacción social que, al unir ambos elementos, produce forzosa-mente una gran diferenciación de respuestas [...] como prestación puede ser administrada e incluso mercantilizada [...] se consume en su uso, como significación se recrea a través de los encuentros humanos” (García Roca, 1996: 82)⁹.

Sin duda, como afirma García Roca, los recursos tienen la función de apoyar los procesos de mejora de la persona, aunque han de ser encuadrados en un marco significativo para el sujeto. El principal riesgo es administrarlos como un fin y no como un medio, con el convencimiento que estos resolverán el problema y producirán cambios por el solo hecho de ser usados. Es entonces cuando las prestaciones y los servicios se convierten en la única razón de ser de los servicios sociales y, en algunas ocasiones, de los trabajadores sociales.

Estos riesgos han sido harto debatidos en distintos foros y expresados en la literatura especializada. No obstante, faltan aportaciones que permitan vehicular y mediar en la práctica el uso de recursos y servicios como un medio que forma parte del proceso de ayuda, en el cual la persona atendida debe desempeñar un papel activo en la solución del problema.

Esperanza Molleda, trabajadora social y psicoterapeuta, cuestiona la importancia de los recursos como único sostén de la relación de ayuda, y propone algunos elementos claves para dotarlos de un nuevo significado. *“La capacidad de transformar la situación del recurso es muy limitada. Los cambios vienen del esfuerzo del propio usuario y de la elaboración y acompañamiento profesional que le ofrece la relación con el trabajador social”* (Molleda, 1999: 172)¹⁰.

Es necesaria pues una re-significación de los recursos. Desde los dispositivos asistenciales y de sus profesionales se han de establecer formas de proceder y de intervenir que aclaren, limiten y sean coherentes, para establecer un renovado uso de los recursos sociales.

Se trata de potenciar una línea de intervención en el trabajo social que, haciendo uso de las ayudas materiales y de los servicios, no descuide ni determine las posibilidades de la intervención ni sus instrumentos principales: la relación y el cambio. Considero que los dispositivos asistenciales pueden establecer las bases para que los recursos y los servicios que en ellos se prestan puedan ser incorporados en las formas de intervención innovadoras y a su vez se conviertan en un medio pedagógico para el proceso de ayuda.

Existe la necesidad de avanzar hacia una resignificación de los recursos materiales, entendiendo por estos el conjunto de prestaciones económicas, servicios y ayudas materiales que se proporcionan en el ámbito del sistema de servicios sociales. Con este propósito, seguidamente, planteo diferentes formas de aproximación a la nueva significación de los recursos y a la intervención del profesional en un contexto institucional. Para la elaboración de estas propuestas he partido de las aportaciones de Molleda (1999:

9 GARCÍA ROCA, J. (1996). “Preguntas y perfiles del trabajo social”, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas

10 MOLLEDA, E. (1999). “La intervención social a partir de una demanda económica en servicios sociales generales”, Cuadernos de Trabajo Social, Madrid, Universidad Complutense de Madrid

159-184)¹¹.

Formas de intervención profesional en la mediación de los recursos

Definición de encuadre. Límites o marcos que define el profesional y en los que se mueve la relación de trabajo cuando se interviene con recursos materiales.

Definición de objetivos de la intervención. Hay que preguntarse: ¿cómo se va a orientar el proceso?, ¿cómo contribuyen los recursos al objetivo?. No se trata tanto de conseguir un objetivo concreto en un tiempo determinado y de una manera determinada, sino que se trata de mantener una línea de intervención coherente, ampliando la visión del día a día, con la orientación que se da a la intervención.

Los recursos han de mantener una alta coherencia con los propósitos de intervención. Las características y requisitos de las prestaciones o recursos que se utilicen han de mantener una línea congruente y acorde con los objetivos perseguidos. De no ser así, se pierde la posibilidad modificadora del recurso que se utiliza, en el mejor de los casos, de manera paliativa y, quizás, se pueden perpetuar situaciones sociales dependientes.

Ampliar el sentido de la demanda. Se trata de relacionar la necesidad coyuntural y concreta de un recurso institucional con otros conflictos más o menos latentes y antiguos que le impiden conseguir cierta autonomía.

Relacionar y vincular la necesidad del recurso con el contexto social, familiar y personal del usuario. La prestación es un apoyo, un intento de solución aparente, pero no puede solventar otras carencias que se muestren en otros planos.

Respetar los requisitos y las características de la prestación. No se puede entrar en complicidad con el cliente o usuario, ni ocultar ni tergiversar datos con el pretexto de que necesita los fondos de la prestación. Al entrar en este tipo de acuerdos, se anula cualquier posibilidad de establecer límites a las actuaciones del profesional cuando estos sean necesarios. La intervención debe darse desde el apoyo incondicional al cliente, pero también desde el respeto incondicional a las reglas institucionales de la prestación.

Mantener el motor de cambio. El malestar que sostiene la demanda es, al mismo tiempo, motor de cambio. El recurso no debe silenciar ni taponar las contrariedades que impulsan a la persona a querer entender su malestar. La necesidad sentida, material o económica, se convierte en un indicio de otras dificultades que hay que explorar y trabajar.

Situar el recurso en su capacidad real de apoyo. Las condiciones y limitaciones de la prestación han de ser explicadas claramente al usuario. La exposición transparente de los límites de la prestación no alimenta falsas expectativas y ofrece al cliente confianza en el profesional y la institución. De no ser así, se debilita el principal instrumento de intervención: la relación con el cliente.

Sostener el proceso de cambio. Cualquier cambio requiere tiempo. La intervención

.....
11 MOLLEDA, E. (1999). "La intervención social a partir de una demanda económica en servicios sociales generales", Cuadernos de Trabajo Social, Madrid, Universidad Complutense de Madrid

es un proceso, de manera que no existen cambios por la acción puntual de los recursos.

Mary Richmond, en diferentes publicaciones, y Gordon Hamilton,¹² pioneras del trabajo social (no por clásicas menos actuales), exponían también algunas consideraciones singulares acerca del uso de las prestaciones económicas, que apuntan en la misma dirección de la reflexión anterior y que considero de interés incluir.

Revisión de la necesidad de la prestación. Planear junto con el cliente-usuario la revisión y la evaluación periódica de la necesidad o no de la prestación, con el propósito de tramitar su suspensión, reducción o renovación. Una valoración rigurosa permite al cliente participar en el proceso y en la evaluación de la situación. Asimismo le permite no estancarse en una situación que queda excluida de toda posibilidad de cambiar.

Diagnóstico ajustado sobre la motivación del usuario de la demanda económica. El trabajador social debe ser competente y riguroso en el diagnóstico con respecto a las motivaciones de la demanda. Tiene que tener un conocimiento objetivo y prudente de cómo puede un individuo responsabilizarse de la situación de recibir la prestación para satisfacer sus necesidades reales o bien como puede tratar, en gran medida, de satisfacer sus impulsos de control y poder.

Necesidad de una minuciosa auto-observación profesional. El trabajador social debe conocer, y a veces poner en revisión, sus propias actitudes ante las ayudas materiales y la aplicación de recursos. Sus sentimientos acerca de la ayuda económica y de los servicios pueden influir en su relación con el cliente, debido a los significados simbólicos de afirmación, negación, suficiencia o insuficiencia asociados al dinero o, en nuestro caso, a las prestaciones.

La mediación que responsabilice a las personas incluye la colaboración y coordinación entre profesionales. La necesidad de colaboración y coordinación entre las instituciones o servicios es absolutamente indispensable para la mediación entre la demanda de las personas y los recursos ofertados desde los servicios sociales, pero en la práctica, en muchas ocasiones, presenta dificultades para conformar redes efectivas y colaboraciones de profesionales que tengan como objetivo actuar en beneficio de las personas.

Este beneficio tiene su expresión en el intercambio de información, en el análisis y la comprensión de los problemas, en la evaluación de la situación que se trata, en la elaboración de planes de intervención.

Especialmente dificultoso resulta establecer o nombrar a un servicio o un profesional que asuma funciones de liderazgo entre todos los servicios o profesionales que intervienen. La finalidad sería evitar, en la medida de lo posible, las incongruencias, los solapamientos en la acción, la temida multi-intervención, elementos, todos ellos, que desorientan a las personas atendidas y desgastan excesivamente a los profesionales.

La comunicación entre profesionales de la misma disciplina o procedentes de distintos campos debe servir para aunar esfuerzos, y concretarse en la elaboración conjunta de planes de acción y evaluación transversales, en el establecimiento de roles de acuer-

.....
¹² Resaltar la publicación reciente de TRAVI, B. (2006). La dimensión técnico instrumental en trabajo social. Buenos Aires. Espacio editorial

do con los distintos profesionales, en el desarrollo del trabajo en equipo, en la consulta o supervisión en situaciones específicas, etc. En última instancia, si se quieren ofrecer mediaciones entre la demanda de las personas y los recursos ofertados desde los servicios sociales y realizar intervenciones integrales y gestionar servicios de calidad, todos estos elementos resultan imprescindibles, de tal manera que hay que superar las dificultades que pueda plantear el acercamiento de determinados profesionales o instituciones.

Establecer un nuevo o renovado uso (concepto) de los recursos sociales, de las prestaciones económicas, de los servicios y de las ayudas materiales que se proporcionan en el ámbito del sistema de servicios sociales implica que los dispositivos asistenciales y sus profesionales han de repensar y establecer nuevas formas de intervenir con el objetivo preventivo de no estereotipar su intervención, potenciando una aplicación de las ayudas materiales y de los servicios, en los que no se descuide ni determine las posibilidades de la intervención ni sus instrumentos principales: la relación y el cambio.

Consideramos que son los dispositivos asistenciales, los profesionales que en ellos trabajan y sus modelos de intervención, los garantes de un marco pedagógico más equilibrado y mediador en un proceso de ayuda que fomente la responsabilidad y que potencie la autotomía personal.

Referencias bibliográficas

- ARIJA, B. (1999). “Apuntes para una reflexión teórico-práctica de la relación de ayuda”, Cuadernos de Trabajo Social, nº12. Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- BLEICHMAR, H. (1999). “Del apego al deseo de intimidad: las angustias del desencuentro”, *Aperturas Psicoanalíticas* (www.aperturas.org).
- BERTALANFFY, L. V (1976). *Teoría general de los sistemas*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- CAMPANINI, A.; LUPPI, F. (1991). *Servicio social y modelo sistémico. Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana*, Barcelona, Paidós.
- COMELLES, J. M. (2006): *Apuntes seminario del Doctorado en Antropología de la Medicina 2005-2007*. Tarragona
- DE ROBERTIS, C. (1988). *Metodología de la intervención en trabajo social*, Buenos Aires, El Ateneo.
- DU RANQUET, M. (1996). *Los modelos en trabajo social. Intervención con personas y familias*, Madrid, Siglo XXI.
- GARCÍA ROCA, J. (1996). *Preguntas y perfiles del trabajo social*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.
- GUTIÉRREZ, A. (2002). “La motivación en los servicios sociales”, en *Servicios sociales: dirección, gestión y planificación*, Madrid, Alianza Editorial.
- MOLLEDA, E. (1999). “La intervención social a partir de una demanda económica

en servicios sociales generales”, *Cuadernos de Trabajo Social*, nº12 Madrid, Universidad Complutense de Madrid.

- NAVARRO, S. (1995). “Experiencias en educación familiar en el ámbito municipal”, *Revista de Trabajo Social*, n.º 140.

- PAYNE, M. (1995). *Teorías contemporáneas del trabajo social. Una introducción crítica*, Barcelona, Paidós.

- PUIG, C. (2003) “El trabajo social individual, su vínculo con la Comunidad y su implicación en ella” en *Trabajo social HOY* nº 38. Colegio oficial de DTS de Madrid

- (2005) “El agotamiento de los profesionales. La importancia de la supervisión” en *Revista Trabajo social y salud* nº 5. Zaragoza

- (2006) “La Supervisión como herramienta para la formación los profesionales con funciones mediadoras”. Libro de actas V congreso Nacional sobre la inmigración en España. Valencia

- SALZBERGER-WITTENBERG, I. (1970). *La relación asistencial*, Buenos Aires, Amorrortu.

- TIZÓN, J. (1982). *Psicología basada en la relación*, Barcelona, Hora.

- TRAVI, B. (2006). *La dimensión técnico instrumental en trabajo social*. Buenos Aires. Espacio editorial

- TORRALBA, F. (1998). *Antropología del cuidar*, Barcelona, Institut Borja de Bioètica.

- VILLALBA, C. (1993). “Redes sociales. Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria”, *Revista de Intervención Psicosocial*, vol. 4, Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos.

- (1995). “Intervención en redes”, *Revista de Documentación Social*, n.º 98.

- VV. AA. (1998). “La perspectiva de redes naturales: un modelo de trabajo social para el servicio social”, *Papeles Científicos de Trabajo Social*, Buenos Aires, Lumen-Humanitas.

- WATZLAWICK P.; BEAVIN, J.; JACKSON, D. (1986). *Teoría de la comunicación humana*, Barcelona, Herder.

- WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J.; FISCH, R. (1986). *Cambio*, Barcelona, Herder.

- ZAMANILLO, T. (1992). “La intervención profesional”, en *VII Congreso de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales*, Barcelona.

- (1999). “El despertar de nuevas inquietudes”, libro de comunicaciones del *II Foro de Trabajo Social. Pasado, presente y futuro del trabajo social*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.

XII Premio Científico

Año 2008

1.- Impacto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia en los Servicios Sociales Comunitarios.

Julia Villalobos Santos

Diplomada en Trabajo Social.

Funcionaria del Ayuntamiento de Málaga,
adscrita al Centro de Servicios Sociales del Distrito Centro

Impacto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia en los Servicios Sociales Comunitarios

Julia Villalobos Santos

Diplomada en Trabajo Social.

Funcionaria del Ayuntamiento de Málaga,
adscrita al Centro de Servicios Sociales del Distrito Centro

Resumen

El presente artículo es una reflexión sobre el impacto de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia en los Servicios Sociales Comunitarios y sobre la importancia de este momento y de esta situación para el Trabajo Social como profesión.

Pretende sobre todo recapacitar sobre la oportunidad que ofrece este nuevo entorno para mostrar la imagen de una profesión que ha madurado y que es capaz de ofrecer a los ciudadanos intervenciones de calidad técnica.

Palabras claves

Trabajo social, servicios sociales comunitarios, personas en situación de dependencia, ejercicio profesional

INTRODUCCIÓN.

Vivimos actualmente una nueva época ilusionante para la Política Social en nuestro país vinculada a la aprobación y puesta en marcha de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia. (En adelante Ley de Dependencia).

Son muchos los aspectos que pueden abordarse respecto de las circunstancias que están rodeando la puesta en marcha de la Ley, y son de sumo interés los que se refieren a los distintos modelos y ritmos de implantación en las distintas Comunidades Autónomas.

Sin embargo en este artículo no abordaremos ninguna de ellas, nuestra única intención es hacer una reflexión sobre el impacto de la Ley en los Servicios Sociales Comunitarios.

Nos centraremos en concreto en la actuación de los profesionales del Trabajo Social que desarrollan sus funciones dentro de estos, todo ello referido a la Comunidad Autónoma de Andalucía que, en el ámbito de sus competencias, reconoce y garantiza la oferta de las prestaciones establecidas en la Ley 39/2006 de 14 de Diciembre (Ley de Dependencia), integrándolas en el Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía¹ y establece un reparto de competencias entre la Junta de Andalucía (a través de las Delegaciones provinciales) y las Corporaciones Locales (a través de los Servicios Sociales Comunitarios)

Esta situación está representando un cambio cualitativo y cuantitativo en los Servicios Sociales Comunitarios, por una parte porque por primera vez en la historia de estos están administrando servicios y prestaciones que son derechos sustantivos que pueden ser exigidos jurisdiccionalmente, por otra, porque en función de esta Ley estamos llegando a mucha más población de la que nunca habíamos llegado, y además, por primera vez también, se está llegando a un tipo de población que nunca había sido hasta ahora usuaria de los Servicios Sociales.

Para los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Comunitarios este es un momento profesional interesante que representa en la misma medida oportunidades y amenazas. Trataremos en estas páginas de reflexionar sobre unas y sobre otras, así como sobre la actuación profesional en las intervenciones en situaciones de dependencia desde los Servicios Sociales Comunitarios

LEY DE DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS.

Las competencias de los Servicios Sociales Comunitarios.

En el reparto de competencias establecido por el Decreto 168/2007, de 12 de Junio corresponde a los Servicios Sociales Comunitarios realizar las actuaciones de información al ciudadano, de instrucción del expediente administrativo para el reconocimiento de la situación de dependencia y la elaboración de la Propuesta del Programa Individual de atención de la persona reconocida como dependiente que, según la aplicación progresiva de la Ley, le corresponda recibir prestaciones y/o servicios.

Corresponde a las Delegaciones Provinciales de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, a través del Servicio de Valoración de la Dependencia, valorar a las personas que han solicitado ser reconocidos como dependientes y resolver, determinando el grado y nivel de dependencia en cada caso, o denegando según las situaciones.

Corresponde a las Delegaciones Provinciales de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, a través del Servicio Acción e Inserción Social resolver las propuestas de los Programas Individuales de Atención, asignando los recursos que correspondan.

Queda pendiente establecer a quien corresponderán los seguimientos de cada situación una vez que el recurso quede asignado, sin embargo, si no se establece normativamente cosa distinta, cabe deducir que, respecto de los dependientes que continúen

.....
¹ Art. 3 del Decreto 168/2007, de 12 de Junio de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía

viviendo en su medio habitual, han de ser los Servicios Sociales Comunitarios quienes deben asegurar las mejores condiciones posibles de vida y convivencia, así como velar por su bienestar, por lo tanto corresponderá a estos asegurar que la prestación y/o el servicio esta sirviendo para los fines con que se prescribió.

La puesta en marcha de la Ley. Breve referencia histórica.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, entró en vigor el 1 de Enero de 2007.

No entraremos en los tiempos de elaboración de las normativas de desarrollo de la Ley a nivel estatal porque sin duda es de sobra conocida por todos y, en todo caso es de fácil consulta, pero si nos interesa resaltar las expectativas que se despertaron en la población, como no podía ser de otra manera, y el esfuerzo realizado por los Servicios Sociales Comunitarios tratando de desempeñar de forma adecuada su prestación básica de Información valoración y orientación, cuando poco más se sabía que el texto de la propia Ley.

El 1 de Mayo del 2007 se estableció en Andalucía como la fecha de inicio para la recepción de solicitudes de valoración de dependencia a través, como se ha dicho, de los Servicios Sociales Comunitarios. A nivel autonómico tan solo se había aprobado, el 23 de Abril, una Orden por la que se aprobaba el modelo de solicitud.

No es hasta mediados de Junio de 2007 cuando se aprueba el Decreto de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración.

Y finalmente el 3 de agosto de 2007 se aprueba la Orden por la que se establece la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía

Cuando el marco normativo ya esta más o menos terminado² el Ayuntamiento de Málaga tenía ya recogidas y entregadas en la Delegación Provincial de la Junta de Andalucía 2.892 solicitudes.

Con este panorama sobra decir que la formación en la materia a los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios, que son los que atienden a la población, no podía ser ni adecuada ni suficiente, ya que se está legislando a la vez que se está actuando.

Esta pequeña referencia histórica no pretende ser una crítica para nadie porque es necesario decir que los propios profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios hemos sido en todo momento consciente de la importancia y el revulsivo que ha supuesto para la Política Social de nuestro país la Ley de Dependencia y hemos asumido el envite.

.....
² Más o menos, porque hay cuestiones que aun hoy están sin determinar como es todo lo relativo al asistente personal o el copago en los centros residenciales y los centros de día, el respiro familiar...

Sin embargo, no estará nunca de más reconocer que efectivamente ha supuesto y continúa suponiendo un importante reto para unos profesionales que siguen prestándose cuando se trata de obtener mejoras para personas en situación de necesidad.

DEL COMPROMISO PROFESIONAL AL DESPLIEGUE DE COMPETENCIAS.

Efectivamente, siempre hemos sentido los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios que teníamos que aportar una buena dosis de voluntarismo al avance de los mismos, renunciando en buena medida a las propias reivindicaciones laborales y profesionales. Recordar el chascarrillo, al inicio de la actual configuración de los Servicios Sociales Comunitarios, cuando se reivindicaba “que una UTS no era lo mismo que un Trabajador Social con un Panda”. Porque esto era en realidad una UTS, un trabajador social que con sus papeles debajo del brazo y el coche más barato que había en el mercado, iba a dos o tres pueblos y se instalaba donde podía y le dejaban “acercando los servicios sociales a toda la población”.

Sin embargo, en esta nueva etapa de la Política Social de nuestro país, en la que se dice que está llegado el momento de las Leyes de Segunda Generación en materia de Servicios Sociales, que al igual que la Ley de Dependencia recojan derechos subjetivos reclamables ante los Tribunales de Justicia y en este sentido se esperan las reformas de las actuales leyes autonómicas de Servicios Sociales, tras la reforma de muchos Estatutos de Autonomía, es momento para que los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Comunitarios se hagan visibles como profesionales que aportan un valor añadido y diferenciado al producto en que intervienen, un valor añadido que debe ser valorado y reconocido socialmente no ya solo por las personas con las que trabajamos, sino también por las Instituciones donde trabajamos y por otros colectivos profesionales con los que compartimos el día a día y cuyas profesiones gozan de mayor prestigio social.

Esto, que es nuestro derecho, es también nuestra responsabilidad y nadie nos reconocerá nada que no sepamos demostrar y reclamar justamente, frente a las ambiciones lógicas y entendibles de otras profesiones, como decíamos con mayor caché, que empiezan a ver ahora en unos Servicios Sociales Comunitarios mejor estructurados buenas salidas profesionales.

Es por lo tanto el momento, transcurrido ya un año de trabajo en el entorno de la Ley de Dependencia, de que como profesionales reflexionemos sobre que papel estamos desempeñando y cual consideramos que nos corresponde desempeñar, no sea que el activismo y el compromiso social nos lleve a no estar a la altura de las circunstancias, profesionalmente hablando, en este momento de tanta trascendencia.

CUIDADO CON LAS AMENAZAS.

Desde el 1 de Mayo de 2007 los trámites relativos a las solicitudes para la valoración de la situación de dependencia, y posteriormente la elaboración de los Programas Individuales de Atención, han irrumpido en los Servicios Sociales Comunitarios con la fuerza de un huracán, hasta tal punto que ahora pareciera que la única competencia de estos

servicios fuera el trabajo relacionado con los trámites de la Dependencia.

Pero no es así, los Servicios Sociales Comunitarios ya tenían sus competencias según el Decreto 11/1992 de 28 de Enero, sobre la naturaleza y prestaciones de los Servicios Sociales Comunitarios³.

Resumiendo mucho, porque esto es ya archisabido por todos, en el art. 2 se recoge que los Servicios sociales Comunitarios prestarán los siguientes servicios:

- a) Información, valoración, orientación y asesoramiento
- b) Ayuda a Domicilio
- c) Convivencia y reinserción social
- d) Cooperación social
- e) Otros que la dinámica social exija

Estas cinco prestaciones básicas, como es lógico, se han ido complicando a lo largo de los años. Por una parte porque las necesidades sociales y los problemas de convivencia se han hecho más complejos (mencionemos solo las necesidades relacionadas con el fenómeno de la emigración o la violencia doméstica, por ejemplo) y por otra porque el desarrollo que cabía esperar del propio Sistema de Servicios Sociales quedo estancado, recayendo cada vez mas responsabilidades en los Servicios Sociales Comunitarios como “puerta de entrada” al Sistema, pero en demasiadas ocasiones, sin los debidos canales de circulación internos para posibilitar el lógico recorrido y la salida, una vez traspasada la “puerta de entrada”.

El absentismo escolar, mediante convenios con la Consejería de Educación, la Ley de Personas Mayores, la Ley de protección de menores, la Ley de Extranjería, etc, dan competencias y responsabilidades específicas a los Servicios Sociales Comunitarios, sin una paralela financiación y aumento de plantillas que se correspondan con las cargas que se les asignan, y es en este panorama donde irrumpe el huracán de la Ley de la Dependencia.

Como decíamos, esta Ley ha significado un gran avance para la Política Social de nuestro país, después de más de una década de estancamiento, y los profesionales del trabajo social en los Servicios Sociales Comunitarios hemos colaborado, como en otras ocasiones, a que efectivamente ese avance sea posible, pero hay que ser conscientes de dos grandes amenazas:

- Si los Servicios Sociales Comunitarios tal y como estos fueron concebidos hace dieciséis años, siguen asumiendo nuevas cargas sin profundizar en sus estructuras, en sus contenidos, en sus relaciones, en las ratios, etc, corren un serio riesgo de burocratizarse.
- Los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Comunitarios, estamos en peligro de convertirnos en meros gestores burócratas de requisitos, formularios, pla-

.....
3 De la Junta de Andalucía

zos y trámites, olvidando la identidad de la profesión

Como decíamos al principio, estamos cumpliendo ahora el viejo objetivo de llegar a toda la población, y de la imagen que trasmitamos a los ciudadanos dependerá que los Servicios Sociales Comunitarios sean percibidos como servicios públicos de calidad y los trabajadores sociales como profesionales cualificados y con identidad específica o habremos perdido una oportunidad histórica.

SEPARAMOS VER LAS OPORTUNIDADES.

En la Exposición de Motivos de la Ley de Dependencia se recoge: *“Se trata ahora de configurar un nuevo desarrollo de los Servicios Sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora de este sistema, potenciando el avance del modelo de Estado Social que consagra la Constitución Española, potenciando el compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales. En este sentido, el Sistema de Atención de la Dependencia es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales en nuestro país respondiendo a la necesidad de atención a las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades”*.

Sin embargo no hay que hacerse demasiadas ilusiones, el articulado de la Ley es bastante ambiguo con respecto a la relación del Sistema de Dependencias con el Sistema Público de Servicios Sociales: no queda, a nuestro entender, suficientemente explícito que el primero sea un refuerzo del segundo. Siendo objetivos, no encontramos al Sistema Público de Servicios Sociales a lo largo de todo el desarrollo articulado de la Ley, y el nivel local, que es uno de sus pilares a través de los Servicios Sociales Comunitarios, es el gran olvidado.

Efectivamente apostar por el Sistema de Servicios Sociales significa creer que tiene una estructura sólida que será capaz para adaptarse a nuevas situaciones. Por el contrario obviar al Sistema de Servicios Sociales es olvidar la existencia de una red básica y homogénea de Servicios Sociales implantada en todo el país en la Administración Local, que desde su origen y en la medida de sus posibilidades, ha venido atendiendo las necesidades ahora recogidas en la Ley de Dependencia.

Pero lo cierto es que en el texto de la Ley no ha quedado suficientemente recogido como ha de funcionar el Sistema Nacional de Dependencia más allá de las Comunidades Autónomas, dejando a estas la capacidad de desarrollar, en su territorio, la normativa que ha de regir para hacer efectivos los derechos que recoge la Ley, lo que ha dado lugar a que la situación en las distintas Comunidades sea variopinta.

En este contexto tenemos que congratularnos con la opción tomada por la Administración Autonómica Andaluza al incardinar el desarrollo de la Ley de Dependencia dentro del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía⁴, ya que de este modo la Ley

.....
⁴ Opción distinta a la tomada por otras Comunidades Autónomas en donde se han creado estructuras paralelas que se solapan con las ya preexistentes en el Sistema

puede significar un motor para equiparar al conjunto del Sistema al resto de Sistemas de Protección, asegurando para todos los servicios que presta y las intervenciones que realiza, la efectiva universalidad, garantía y calidad.

Siempre se ha escrito y proclamado el principio universalidad de los Servicios Sociales Comunitarios en tanto que dirigidos a toda la población, pero la realidad ha sido que efectivamente nuestros usuarios han sido, sí toda la población, pero siempre que tuviera la característica de ser pobre, porque finalmente el factor económico se ha impuesto (menor presupuesto del necesario, financiación insegura, etc.), lo que ha obligado a los Servicios Sociales a requerir a los ciudadanos para ser usuarios del Sistema, prueba de necesidad, de tal modo que, para acceder a los recursos del mismo, además de demostrar la necesidad concreta, es necesario demostrar también escasez de recursos económicos.

Los Servicios Sociales han quedado así al margen de los demás sistemas de protección, ignorados por la mayoría de la población e incluso estigmatizados (cuantas veces hemos escuchado en los despachos la frase “yo nunca pensé que tendría que venir aquí” o peor “estoy avergonzado de haber tenido que venir”) pero de la Ley de Dependencia esta teniendo la virtualidad de hacer visible al Sistema de Servicios Sociales. Nunca una prestación ni servicio prestado desde los Servicios Sociales había sido objeto de debates televisivos, nunca nuestros padres o los padres o hijos de nuestros amigos habían sido usuarios de los Servicios Sociales porque efectivamente, como clase media que somos la mayoría, estábamos al margen de los mismos y estos, a su vez no, eran objeto de interés para el común de los ciudadanos para los cuales, las más de las veces, eran desconocidos. Pero la situación ahora ha cambiado y estamos viendo llegar a nuestros Centros a todos los segmentos de la población y constatamos con asiduidad el continuo interés de la prensa.

Por otra parte, la Ley de Dependencia está significando un revulsivo para todos los niveles que actúan dentro del Sistema de Servicios Sociales, que tienen bien constatada la necesidad de avanzar hacia nuevas metas que estuvieron claras desde el origen pero que después, por motivos diversos, fueron quedando continuamente aplazadas. Estamos debatiendo ahora sobre la naturaleza de los servicios sociales comunitarios versus los servicios sociales específicos, sobre el nivel de atención autonómico y local, sobre la calidad de los centros y servicios privados concertados por las Administraciones, estamos hablando de la necesidad de nuevas leyes de Servicios Sociales que garanticen derechos subjetivos, e incluso se está volviendo a hablar de la necesidad de una ley estatal de servicios sociales.

Cuando, como profesionales, hacemos un análisis de cualquier situación, buscamos las circunstancias que representan una oportunidad para la misma, no es posible ignorar en el análisis de la situación que nos ocupa que, a pesar de que existen inconvenientes, la Ley de Dependencia y su desarrollo representan una oportunidad para el desarrollo del Sistema de Servicios Sociales en su conjunto.

UNA MIRADA AL EJERCICIO PROFESIONAL.

En el trámite de las Dependencias, en los Servicios Sociales Comunitarios, hay tres situaciones en las que intervienen los Trabajadores Sociales:

- En el Servicio de Información, Valoración y Orientación, sobre la pertinencia, oportunidad, beneficios y tramites necesarios
- En la elaboración del Informe Social y la Propuesta del Plan Individual de Atención (Propuesta PIA)
- En el seguimiento de cada persona dependiente, una vez que el servicio o la prestación han quedado asignados y, por la naturaleza de los mismos, implican que el dependiente continúa viviendo en su medio habitual.

Si como proclama la normativa de la Comunidad Autónoma de Andalucía, se reconoce y se garantiza la oferta de las prestaciones establecidas en la Ley de Dependencia integrándolas en el Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, y asigna competencias a las Entidades Locales en el marco de los Servicios Sociales Comunitarios, la intervenciones que estos realicen debe hacerse desde la perspectiva de la naturaleza de los Servicios Sociales Comunitarios

Partiendo de este enfoque hacemos una serie de consideraciones que de modo muy genérico exponemos a continuación, pero que son sobre las que, en realidad, deseamos que pueda abrirse el debate entre los profesionales del Trabajo Social, porque es sobre estas cuestiones sobre las que los técnicos podemos hacer aportes anteponiendo la intervención social sobre la gestión burocrática de prestaciones:

Primera consideración, la referencia tiene que ser necesariamente las Unidades de Trabajo Social.

La referencia tiene que ser necesariamente las UTS por dos motivos:

1. Porque los servicios sociales comunitarios reglamentariamente se estructuran en torno a las UTS, entendiendo que estas configuran núcleos de población con características sociales, culturales y demográficas, específicas y diferenciadas entre sí, y entendiendo a su vez, desde un planteamiento comunitario, que las particularidades concretas de cada situación encuentran una mejor explicación enmarcándolas en el medio en que se producen
2. Porque según la gran mayoría de los autores consultados, con los que estamos plenamente de acuerdo, el modelo de intervención para la atención de la dependencia debe ser el de el Trabajador Social de referencia que acompañara a la persona dependiente y a su familia, desde la elaboración del Plan Individual de Atención, durante todo su proceso de dependencia, buscando y gestionando en cada momento los servicios que resulten más adecuados al momento de su evolución. Este Trabajador Social de referencia, desde el modelo actual de los Servicios Sociales en Andalucía, ha de ser el de la Unidad de Trabajo Social a que se adscribe cada individuo

El debate en este punto se inserta en la circunstancia de que puede existir la tentación de obviar este criterio por razones de tiempo, de plazos, etc.

Consideramos que sería un error garrafal la huida hacia delante en este sentido, ya que la respuesta a este problema, que sin duda existe, no puede pasar por arrasar sin cuestionamientos ni profundos análisis, los modelos que están establecidos y probados

Segunda consideración, los Servicios Sociales Comunitarios son la puerta de entrada al Sistema de Servicios Sociales.

Por ello, en tanto que las prestaciones establecidas en la Ley de Dependencia se integran en el Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, no tiene porque extrañarnos que sea en estos donde se realice la recepción de las solicitudes de valoración de la situación de dependencia, porque siempre ha sido así (a través de los Comunitarios se han tramitado las solicitudes de residencias públicas, las de Pensiones no contributivas, Salario Social, etc.), si bien es cierto que la instrucción del expediente administrativo es una labor administrativa, que aún siendo materia de los Servicios Sociales Comunitarios, no corresponde a los técnicos

Si es una labor técnica, a cargo de los Trabajadores Sociales, y en el mismo contexto de “la puerta de entrada” el Servicio de Información Valoración y Orientación y es aquí donde se inicia nuestra labor profesional que después tendrá continuidad con la elaboración del Informe Social y de Plan Individual de Atención

Por lo tanto desde los Servicios Sociales Comunitarios no debemos ni tenemos porque rasgarnos las vestiduras respecto del esfuerzo que está suponiendo la información, admisión de solicitudes e instrucción de expedientes: es nuestra competencia y por lo tanto nuestra obligación, el debate aquí se sitúa en la necesidad de salvar los impedimentos que puedan derivarse de la actuación en una misma materia de dos administraciones distintas, la autonómica y la local. Es necesario superar la tentación de considerar a la administración Local subordinada de la Autonómica, y en tanto que la normativa confiere a cada una sus propias competencias, debe actuarse desde el respeto.

Tanto a las instituciones como a los profesionales que desarrollan su labor en las mismas.

Para aclarar este concepto, que así expuesto puede quedar un tanto ambiguo, diremos por ejemplo que para que los Servicios Sociales Comunitarios puedan desarrollar su labor de información, esta debe fluir desde el nivel autonómico de forma ágil, concreta y completa, sin ambages ni tapujos y así mismo debe valorarse en el nivel autonómico la información que se suministra desde el nivel local (de los Servicios Sociales Comunitarios), ya que no en vano es en este último donde se mantiene un contacto directo con las necesidades del ciudadano que son en definitiva a las que todo el sistema quiere dar respuesta y son a su vez la razón de ser del mismo.

Tercera consideración, la actuación de los Trabajadores Sociales de los Servicios Sociales Comunitarios ha de ser congruente con la trayectoria y el conocimiento acumulado por la profesión de este nivel de actuación.

Transcurrido ya algo más de un año de la puesta en marcha de la Ley de Dependencia, creemos que es necesario hacer una reflexión sobre la actuación profesional de los trabajadores sociales en la elaboración de los Informes Sociales y de las propuestas de los Planes Individuales de Atención.

Decir en principio y taxativamente que a pesar de las prisas y de los plazos, los Informes Sociales y los correspondientes Planes Individuales de Atención no deben nunca ser entendidos como un mero trámite y menos aún como cuestionarios a cumplimentar. Desde la óptica de una intervención comunitaria, con el Plan Individual de Atención se inicia (o se continua) un proceso en el que el Trabajador Social acompañará a la persona dependiente y a su familia, interviniendo profesionalmente en los momentos en que sea necesario porque la evolución de la situación así lo aconseje.

Nos interesa detenernos especialmente en esta tercera consideración porque la entendemos de muy particular importancia.

Cuando decimos que los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Comunitarios intervenimos con una óptica comunitaria, queremos decir:

- Que nuestras intervenciones no solo pueden tener en cuenta al individuo dependiente, sino también al grupo en el que esta inserto (familia) y a la comunidad en la que ambos viven.
- Que nuestras intervenciones, en tanto que son comunitarias, tienen que hacer partícipes en los procesos a otros agentes sociales que están directamente implicados, especialmente el Sistema Sanitario.
- Que debemos propiciar, siempre que sea posible y que sea la voluntad de la persona dependiente, el mantenimiento de este en su propio entorno.
- Que las atenciones que prestamos, por la propia naturaleza de nuestro puesto de trabajo, tienen un carácter de continuidad, debiéndose realizar el seguimiento de la situación para que los recursos se vayan adaptando a la evolución de la situación de dependencia que es cambiante en el tiempo. Debe preverse la manera de abordar los momentos críticos como por ejemplo la claudicación de los cuidadores, así como tendrá que potenciarse nuestro papel en el control del cumplimiento real del objeto de las prestaciones, así como la detección de abandonos, negligencia o maltrato de los cuidadores o el entorno hacia la persona en situación de dependencia

Como vemos, no se trata de hacer un informe y un plan de atención y punto, porque incluso la propia realidad no nos permite esa forma de actuar.

Se trata por el contrario de realizar un diagnóstico y pronóstico serio de la situación, y una planificación adecuada respecto de las actuaciones que deben ponerse en marcha y de los recursos que han de implementarse.

La parte positiva es que estos recursos ahora están disponibles porque son un dere-

cho de las personas dependientes, pero que incluso puede ser necesario complimentar con otros no establecidos en el catálogo de la Ley de Dependencia y, en este caso sí generarán una labor de gestión para ponerlos a disposición, o que no estando disponibles sean, no obstante, necesarios y por ello deben ser constatados en las evaluaciones correspondientes.

Cuando decimos que la propia realidad no nos va a permitir otra forma de actuar, nos estamos refiriendo a que la realidad suele ser tozuda y un análisis apresurado y con poca profundidad da sin duda lugar a la necesidad de volver al principio (cambio en la propuesta de recursos) con el consiguiente coste en primer lugar para la persona dependiente y su entorno (coste emocional), en segundo lugar para las instituciones implicadas en la gestión (coste económico) y en tercer lugar para la valoración del profesional que lo realizó (coste de prestigio profesional).

Una vuelta más a la tuerca del ejercicio profesional.

A lo largo de todo el artículo nos hemos referido a que, a través de la puesta en marcha de la Ley de Dependencia, por primera vez estamos llegando un mayor número y a un espectro de la población al que nunca habíamos llegado, y nos hemos referido también a que de la imagen que demos en este momento dependerá en gran medida la imagen que de nosotros se tenga en un futuro, y por último nos hemos referido a que la población espera de los profesionales que les atienden una especificidad profesional que añada un valor determinado a la atención que se les realiza. Pues bien, es en las actuaciones profesionales que se inician con la elaboración del Informe Social y la propuesta del Plan Individual de Atención donde todo lo anterior tiene que adquirir concreción, por ello permítasenos el atrevimiento de plantear algunas cuestiones a sabiendas de que son básicas pero únicamente con la intención de que sirvan de reflexión en estos momentos de agobios y prisas:

Los sujetos de las intervenciones sociales en los procedimientos de dependencia. En los procedimientos profesionales relacionados con una situación de dependencia, los sujetos de las intervenciones son el propio dependiente y su familia y/o su entorno significativo. “La noción de sujeto afirma su capacidad de decidir e influir en el curso de los acontecimientos y la participación activa en todo lo que le concierne, en oposición a objeto donde la persona es tratada como un expediente, un número, un problema.”⁵

La persona dependiente no está aislada, por el contrario suele ser el centro de una serie de relaciones afectivas, de conflictos y de soluciones, de organizaciones, de reglas familiares, etc.

No todas las familias son iguales ni se relacionan y se comportan de la misma forma. En la relación con una situación de dependencia, cada familia reacciona de forma distinta, y ello estará relacionado con muchos factores, entre otros, según que miembro de la estructura familiar sea la persona dependiente, según la etapa evolutiva en la que se encuentre la familia, según como se encuentren constituidas las relaciones de poder,

.....
5 Fundamentos del Trabajo Social. Ética y Metodología. Cristina de Robertis

según la situación socio-económica, según los niveles culturales, según las expectativas familiares sobre la evolución de la situación de dependencia, según las relaciones del núcleo familiar con el exterior, etc.

En las intervenciones relacionadas con la dependencia, el trabajador social debe comprender la dinámica de las relaciones familiares y sociales que se generan en torno a la situación de dependencia, y utilizar sus conocimientos para que las actuaciones profesionales y los recursos se adapten a la situación concreta.

Debe entenderse que ni la familia por una parte, ni la situación de dependencia por otra son estáticas, sino que están en continua evolución, lo cual debe tenerse presente en la toma de decisiones para prever incluso situaciones críticas que puedan producirse con mayor o menor probabilidad.

Especial importancia tiene, dentro del núcleo familiar, la persona designada formal o informalmente como cuidador. La dinámica social y/o la escasez de recursos formales están propiciando un alto número de las prestaciones denominadas por el catálogo de recursos para la Dependencia como “cuidados en el entorno familiar”, será una labor profesional ineludible el trabajo social y educativo con estos cuidadores que siguen asumiendo las mismas cargas pero ahora en una situación de mayor presión social en cuanto que es ahora una labor remunerada. Será necesaria una labor continua de apoyo emocional y de formación.

El dependiente y su familia son por tanto los sujetos de las intervenciones sociales que se realicen, es por lo tanto un principio básico para el trabajador social contar la participación de estos en la toma de decisiones, lo cual, sin embargo, dista mucho de convertir la intervención profesional en una expendedoría de recursos, a demanda del dependiente y/o de su familia.

El equilibrio entre una situación y otra hay que buscarlo precisamente en el proceso que debe darse en toda relación de ayuda, en donde la desconfianza entre las partes que se produce en el inicio, va cediendo en la medida en que el dependiente y/o la familia empiezan a confiar en la pericia del profesional, y este por su parte va adquiriendo cada vez más competencia técnica para diagnosticar con la referencia de la situación concreta.

Esto es ciertamente imposible en las circunstancias actuales, porque los plazos establecidos legalmente no nos permiten proporcionar al dependiente y en su caso a la familia el tiempo necesario para elaborar decisiones que pueden ser de naturaleza tan dura como tener que abandonar la casa y el vecindario donde han permanecido durante toda su vida, para irse a una Centro Residencial, o, en otros casos, aceptar que los cuidados que viene prestando al dependiente la hija/o, la hermana/o, la esposa/o o la madre o el padre, no son del todo pertinentes y deben admitir la entrada de un extraño en la familia para hacerse cargo.

Si bien es cierto que los plazos son una garantía para el administrado y por ello son imprescindibles, también lo es que sería necesario considerar su flexibilidad ante cierto tipo de situaciones como las que acaban de describirse. No estamos ante cualquier tipo de dilema, estamos ante dilemas que pueden significar cambios de mucha importancia

en la vida de las personas, decisiones emocionalmente difíciles de tomar y de asumir, por ello, y por otra parte, será necesaria en algunas ocasiones la intervención de los equipos multidisciplinares de los Centros de Servicios Sociales (educadores y psicólogos) apoyando al dependiente y su familia ante estas situaciones.

No vamos a obviar en este apartado las situaciones que también se dan, en el seno de algunas estructuras familiares, de utilización de la persona dependiente, de negligencias en los cuidados e incluso de malos tratos, en estos casos el trabajador social tiene que ejercer como controlador de los recursos que tienen que ser utilizados para la mejora de la calidad de vida de la persona dependiente en primer lugar, ejerciendo su obligación de denuncia cuando la situación así lo requiera.

El uso de las técnicas profesionales. Cobra especial importancia en la actuación profesional en el marco de la dependencia la visita domiciliaria como acto técnico que engloba la entrevista y la observación.

Para la elaboración de un diagnóstico sobre la situación necesitamos conocer a la persona dependiente que por regla general (en el caso de los grandes dependientes y severos) se encuentran confinados en su vivienda. Por otra parte es en la vivienda de la persona dependiente donde vamos a poder conocer elementos cuya observación no nos será posible de otra manera.

Nuestro objetivo no es valorar las capacidades del dependiente, que en este momento del proceso ya han sido valorados por otros técnicos, sino conocer todo el entorno tanto físico como relacional del mismo para completar los elementos necesarios para diagnosticar la situación y proponer el/los recursos más adecuados, y esto, pensamos, se consigue como de ninguna otra manera con la visita domiciliaria.

Los aspectos físicos serán los primeros que saltarán a la vista: ausencia o existencia de barreras arquitectónicas, el tipo de mobiliario, la disposición de los muebles, la distribución y uso del espacio, el orden o el desorden, la provisión de alimentos o la ausencia de los mismos, la actividad de la vivienda según la hora a la que la visitemos, etc., la observación de ciertos elementos nos servirán para conjeturar hipótesis sobre el tipo de núcleo de convivencia, sobre como se organizan las relaciones, que miembro de la familia asume cada rol, hábitos y costumbres, organización del tiempo, que papel tiene el dependiente en el ciclo vital de la familia, como está asumiendo la familia la carga de la dependencia, etc. En el caso de que la persona dependiente viva solo su vivienda nos habla de la calidad de vida que mantiene, de los miedos, de las relaciones externas que mantiene o de la soledad, todo ello nos abre la posibilidad de pronosticar una determinada calidad de vida con determinados recursos.

La entrevista en el marco de una visita domiciliaria se desarrolla bajo parámetros totalmente distintos a la entrevista que se desarrolla en el despacho y esto es así porque se elimina el encorsetamiento institucional, la persona y/o la familia se constituyen en anfitriones del profesional y las relaciones que se producen son de mucha más autenticidad. Mediante la entrevista en el domicilio podemos comprobar o descartar hipótesis y acumular conocimientos decisivos para el diagnóstico y el pronóstico de la situación.

No todas las visitas domiciliarias son lo mismo, en el caso de las que deben realizarse en el entorno de las intervenciones relacionadas con la dependencia, el trabajador social se presenta en situación de cierto poder que le confiere la potestad de asignar recursos que son demandados por la familia, así como el de aportar los conocimientos técnicos que la persona dependiente y/o la familia están esperando para aliviar su situación, por ello el profesional será bien recibido.

Es interesante señalar en este aspecto la importancia de aclarar al dependiente, por los medios que sea posible, cual es el objetivo de nuestra visita, así como que siempre se va a contar con el y no se tomará ninguna decisión sin su participación, ya que de lo contrario la mera presencia del trabajador social puede generarle mucha angustia.

El alcance del Informe Social y el PIA. El llamado “Informe social para la elaboración de la propuesta de programa individual de atención a personas en situación de dependencia”⁶, es la presentación de las circunstancias que rodean a la persona dependiente: de su situación económica, de las condiciones de su entorno (vivienda, vecindario, barrio), de la estructura y la dinámica familiar, de como está afrontando el dependiente y su familia la situación, de cuales son las habilidades, las potencialidades y las fragilidades del núcleo familiar y del propio dependiente, todo lo cual concluye en un diagnóstico y una prescripción técnica⁷.

El informe social se sustenta en otra documentación que avala y justifica su contenido, y está conformado por aquellos datos de la situación que tienen que transmitirse a otra instancia, los datos para la elaboración de un informe social se extraen de otro instrumento que es la Historia Social, por ello la existencia de esta es imprescindible para la elaboración de un informe social.

Como el resto de los informes técnicos, la información contenida en un informe social esta avalada por el profesional que lo firma.

Los niveles de intervención profesional. En las situaciones de dependencia se ha de intervenir a nivel individual, grupal y comunitario

A *nivel individual*, trabajamos tanto con la persona dependiente como con el cuidador y, aunque resulte una abstracción pensar que podemos abordar a la persona sin tener en cuenta su dimensión social y su pertenencia a grupos, cuando intervenimos a nivel individual nos centramos en la persona en sí misma, en su personalidad concreta, en su propia historia de vida, en sus proyectos de futuro, etc., y nuestras actuaciones deben ir orientadas tanto a atender la situación aquí y ahora, como a la prevención y a la promoción.

No en vano la Ley de Dependencia se denomina exactamente “Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia” y no en vano el catalogo de servicios que se establecen en la mencionada Ley, en su art. 15 apartado a) especifica como un servicio susceptible de ser

6 Modelo establecido por la Orden de 1 de Octubre de 2007 de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social

7 “Propuesta del programa individual de atención a personas en situación de dependencia” Modelo establecido por la Orden de 1 de Octubre de 2007 de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social

prescrito: “los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal”.

En el desarrollo posterior de la Ley y en su aplicación práctica, de la prevención y de la promoción nunca más se supo, lo cual no es óbice para que, como profesionales del trabajo social, manifestemos que cualquier realidad social es susceptible de intervenciones preventivas y de promoción.

Cuando nos ponemos en contacto con una persona en situación de dependencia, en primer lugar abordamos su situación aquí y ahora. Se trata de dar respuesta a su necesidad manifiesta, y nuestra intervención se orienta a ponerla en contacto con los recursos existentes, aquellos que requiere su situación que, como ya se ha dicho en otro lugar, no tienen que reducirse a los establecidos por la Ley de Dependencia, sino que hemos de poner en juego todos los dispositivos de nuestro sistema de protección social útiles a la necesidad que se nos plantea.

La prevención consiste en anticipar la ayuda antes incluso de que se presente una situación de dificultad. Ya hemos hablado anteriormente de la necesidad de acompañar al usuario en todo su proceso de dependencia y en la medida de lo posible anticipar situaciones que pueden ser previsibles para actuar en consecuencia. También hemos hablado en otro punto de la necesidad de prever las posibles claudicaciones de los cuidadores, los conflictos familiares, etc.

Por lo que respecta a las intervenciones orientadas a la promoción, estas han de dirigirse a explorar y explotar las capacidades de la persona, propiciando las condiciones que le permitan hacer uso de su nivel de autonomía, posibilitando, en lo que se refiere a sus aspectos dependientes, las dinámicas necesarias para una adaptación positiva en un entorno de respeto.

A nivel grupal, Cristina de Robertis distingue dos modelos de intervención grupal: El grupo de desarrollo personal y el que denomina grupo de desarrollo local.

En el primer modelo “la persona puede comunicarse con sus iguales en un clima de confianza mutua y de convivencia. La situación de grupo favorece el desarrollo personal de los miembros y la aparición de procesos de ayuda mutua.”⁸

En el segundo modelo “lo que parece corresponder a un problema de una sola persona se transforma en un problema colectivo, que necesita movilización y creatividad por parte de todos para encontrar soluciones. Las personas participan en calidad de *ciudadanos*⁹ y son valorizados en su rol de *ciudadanos*; de hecho los otros estatutos estigmatizantes o peyorativos pasan a un segundo plano”.¹⁰

Ambos modelos son de utilidad comprobada en las situaciones de dependencia, conocemos la eficacia de, por ejemplo, las asociaciones de familiares de enfermos de alzhéimer, así como los logros conseguidos por asociaciones de minus-

.....
8 Cristina De Robertis. Fundamentos del trabajo Social. Ética y metodología. Edt. Nau Llibres. Universitat de València

9 Se ha sustituido la expresión del texto original “habitantes de la localidad” por la expresión *ciudadanos* que creemos da mayor claridad al concepto

10 *Ibidem* Cristina De Robertis

válidos. Sin embargo, las primeras actuaciones en dependencia, en el año largo de vigencia de la Ley, han evidenciado de forma contundente la existencia de numerosas y dramáticas situaciones de soledad, de cansancio, de sobreesfuerzo e incluso de depresiones en dependientes y cuidadores. En este sentido consideramos el nivel grupal especialmente adecuado e incluso ineludible si se pretende una atención integral al hecho de la dependencia.

El nivel comunitario, paradójicamente, aparece como excesivo para los Trabajadores Sociales de los servicios sociales comunitarios, ocupados como estamos en tantas situaciones individuales y atrapados en la burocracia y en las competencias. No queremos plantear metas inalcanzables ni hacer planteamientos teóricos gratuitos, por lo tanto, simplemente decir en este apartado, que son posibles y eficientes ciertas actuaciones a nivel comunitario en el entorno de la actuación de los servicios sociales comunitarios en materia de dependencia:

- Información a la propia población dependiente que por diversas circunstancias no acuden por propia iniciativa a los centros de servicios sociales comunitarios, utilizando para ello los entornos capaces de acceder a esa población como pueden ser por ejemplo el personal sanitario, los centros parroquiales, etc.
- Información a la población en general a través de asociaciones, colegios, etc explicando y haciendo visible el hecho de la dependencia.
- Coordinación específica con los Centros de Salud de la zona para elaborar conjuntamente programas de envejecimiento activo, de formación y apoyo a cuidadores, etc.
- Coordinación con las organizaciones culturales y vecinales para que involucren en sus actividades a personas dependientes o con riesgo de dependencia manteniendo así su interés y compromiso.
- Insertar en el tejido asociativo de la comunidad los grupos tanto de dependientes como de cuidadores.
- Coordinación con entidades de voluntariado para incrementar las redes de apoyo.
- Participación en debates en el entorno de la comunidad y elaboración de informes dirigidos a las instancias pertinentes, trasladando nuestros conocimientos sobre la realidad cotidiana de la dependencia para que sean tenidos en cuenta en la planificación de actuaciones y servicios.

Añadir, que las actuaciones a nivel comunitario resultan muy rentables para los Servicios Sociales Comunitarios porque hacen visible la labor que se desempeña a grupos de población que a veces desconocen hasta la propia existencia de los mismos.

ÚLTIMAS CONSIDERACIONES.

No podemos terminar sin aclarar que somos conscientes de que para que la Ley se desarrolle con eficacia y calidad el esfuerzo de los profesionales del trabajo social significa solo una parte.

Corresponde a otras instancias, en concreto a las organizaciones colegiales de los Trabajadores Sociales por una parte, y por otra a la Administración Pública (Estatal, Autonómica y Local), realizar también sus propios análisis y cada uno, en el ámbito que les corresponda, y con las capacidades que a cada cual les son propias, hacer los aportes necesarios para que, como decimos, el desarrollo de la Ley cumpla las expectativas que ha suscitado.

Esbozamos solo unas líneas:

- Es necesario establecer, para los Trabajadores Sociales, ratios de población idóneos para una atención de calidad: Las estructuras colegiales abogan por 1 Trabajador Social por cada 3000 habitantes.
- Los Colegios profesionales y el Consejo General deben estar alertas frente a la burocratización progresiva del Trabajador Social (cada vez más experto en circuitos institucionales). Este no es un problema de las instituciones que contratan a los profesionales, ya que sus objetivos quedan satisfechos con la eficacia de los números, es el colectivo profesional el que se perjudica bajando sus niveles de calidad y haciendo dejación de parte de sus funciones profesionales.
- Es necesario mejorar y aumentar la participación del Sistema Sanitario en la atención a la Dependencia. Es necesario que se establezcan niveles de coordinación socio sanitaria.
- Es necesario un análisis profundo respecto de los servicios y prestaciones para atención a la dependencia que oferta la Ley, ya que la realidad demuestra que no son suficientes en cantidad pero sobre todo en diversidad.
- Por último es necesario profundizar en la mejora de la experiencia de gestión compartida entre la Administración Autonómica y Local.

Sin embargo tampoco podemos dejar de repetir que esta es una coyuntura histórica para el afianzamiento de la profesión, que representa un hito de la misma profundidad de la que representó en su día el Plan Concertado de Prestaciones básicas de Servicios Sociales.

BIBLIOGRAFÍA

- DE ROBERTIS, Cristina. Fundamentos del Trabajo Social. Ética y metodología. Nau Llibres. Universitat de València. 2003
- LIMA FERNANDEZ, Ana Isabel. “Ponencia aportaciones del trabajo social a la Ley de Dependencia” en *Documento de Trabajo Social para la valoración y el acceso a las prestaciones de las personas en situación de dependencia*. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España. 2007.
- RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Pilar “El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia” en [http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos de trabajo/](http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos%20de%20trabajo/) (vi: 29 de octubre de 2008)
- DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ “Informe sobre los servicios sociales comunitarios en Andalucía. Publicado en BOPA nº 320 de 15 -11 -2005, VII Legislatura.
- GONZALEZ CALVO, Valentín “La visita domiciliaria, una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia” en *Revista de Servicios Sociales y Política Social* nº 61 Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España. 2000

XIII Premio Científico

Año 2009

1.- Premio Investigación en el ámbito del Trabajo Social: El trabajo social sanitario con las familias de los enfermos de alzheimer.

Emilia Fernández Fernández

Diplomada en Trabajo Social,
Trabajadora Social Distrito Sanitario de atención primaria de Málaga

2.- Premio Teoría y Práctica del Trabajo Social: Los dilemas morales de los trabajadores sociales y la técnica de los grupos triangulares.

M^a Luisa Taboada González

Diplomada en Trabajo Social,
Profesora titular de la Diplomatura de Trabajo Social en la Universidad de Málaga

El trabajo social sanitario con las familias de los enfermos de alzheimer

Emilia Fernández Fernández

Diplomada en Trabajo Social,

Trabajadora Social Distrito Sanitario de atención primaria de Málaga

Resumen

El artículo pretende que el trabajador social de salud reflexione sobre la importancia de su labor ante la enfermedad de Alzheimer y estimularlo a realizar intervenciones de apoyo a los familiares.

Se exponen las intervenciones a nivel individual con el enfermo, con su cuidador o cuidadora principal y con la familia. A nivel grupal se expone seis sesiones, contenidos teóricos y dinámicas grupales. A nivel comunitario se valora la red social existente.

Palabras claves

Trabajo social sanitario, enfermos de Alzheimer, apoyo social familiar, trabajo social grupal.

INTRODUCCIÓN.

En el año 2000 mi madre fue diagnosticada de la enfermedad de Alzheimer. A los miembros de la familia la noticia nos conmocionó, causándonos una profunda preocupación y tristeza.

Yo, como trabajadora social, tenía algunos conocimientos básicos sobre los síntomas de dicha enfermedad y los cuidados que requerían las personas que la padecían. Por un lado, poseía los conocimientos adquiridos, gracias a mi actividad profesional como trabajadora social en un centro de salud, con familiares de enfermos que acudían a él para exponer los conflictos causados por los cambios de comportamiento de aquéllos y las dificultades que se presentaban en la dinámica familiar ante la necesidad del cuidado permanente del enfermo. Por otro, los conocimientos procedentes de las intervenciones individuales de carácter multidisciplinar que se realizaban con los facultativos a fin de poder ofrecer a las familias un apoyo social acorde con sus necesidades. Los profesionales sanitarios iban dando respuesta a mis interrogantes, a la vez que contribuían a mi formación en este campo, pero esos conocimientos no eran suficientes para poder com-

prender a un enfermo de Alzheimer cuando esa persona es tu propia madre.

¿Qué es la enfermedad de Alzheimer? ¿Cuáles son sus síntomas? ¿Cuáles son los cuidados que requiere? Para contestar a estas preguntas llevé a cabo una serie de acciones que recomiendo a los familiares de enfermos para el conocimiento de la enfermedad.

Primeramente, solicité una cita con la trabajadora social de la Asociación de enfermos de Alzheimer de Málaga para recibir más información de lo que debía saber acerca de la enfermedad. Ella me informó sobre la bibliografía, los servicios y actividades que se realizaban en la asociación, y los recursos y prestaciones sociales existentes en esos momentos.

Tras esta entrevista, inicié un plan de lectura de libros y artículos sobre la enfermedad para encontrar respuestas a los interrogantes que me planteaba, no como profesional sanitario sino como hija de una enferma de Alzheimer. Afortunadamente, la bibliografía publicada es extensa; se han escrito guías informativas dirigidas a familiares, libros sobre cómo estimular la memoria del enfermo para reducir su deterioro, etc. (al final del artículo incluyo una bibliografía recomendada para ampliar conocimientos sobre el tema).

Posteriormente, asistí como alumna al “X curso para la formación de cuidadores de enfermos de Alzheimer”, organizado por la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Málaga para familiares de enfermos.

Por último, y ya en el ámbito profesional, participé durante dos meses, en calidad de observadora, en la conducción de un grupo de terapia para familiares, dirigido por la psicóloga de la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer. Esta actividad me proporcionó un amplio conocimiento de los problemas emocionales que afectan a los familiares de enfermos de Alzheimer.

Mi intención al escribir este artículo es transmitir las reflexiones, surgidas de la necesidad de comprender a mi madre en su enfermedad, que he hecho a lo largo de los últimos ocho años acerca de la intervención de los trabajadores sociales en el ámbito de Salud con familiares de los enfermos de Alzheimer.

El artículo se inicia con unas nociones básicas sobre la sintomatología y el proceso de deterioro que acarrea esta enfermedad, para aproximar al lector al tema. Seguidamente, se exponen las buenas prácticas de los profesionales de Trabajo Social en los tres tipos de intervenciones posibles: en las que se realicen ante las demandas individuales presentadas por los familiares y, especialmente, por los cuidadores principales; en las intervenciones grupales, que deberían ser impulsadas por los trabajadores sociales con el fin de mejorar las relaciones en el núcleo familiar, optimizando la información recibida para un mejor cuidado de los enfermos; y en las intervenciones comunitarias que deberían realizarse en el centro de salud para prevenir, informar y dar a conocer los recursos sociales existentes para mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus familias.

1. NOCIONES BÁSICAS SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Antes de comenzar a intervenir con las familias de los enfermos, el trabajador social

tiene que saber qué es la enfermedad de Alzheimer, cuáles son los síntomas y cómo es la evolución de la misma, a fin de que comprenda su trascendencia familiar y social. Para ello es necesario conocer algunos conceptos médicos que se verán a continuación, aunque de forma somera, pues no es éste el objetivo del presente trabajo (si se desea obtener una información más amplia remito a la bibliografía relacionada al final), y serán de utilidad para centrar el tema con objeto de que los trabajadores sociales puedan aplicarlos en las intervenciones que lleven a cabo, ya sea a nivel individual, grupal o comunitario.

¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?

“La enfermedad de Alzheimer es un tipo de lesión cerebral orgánica frecuente a partir de los 65 años y no debe considerarse como un deterioro intelectual”¹.

“En 1865 nació en Alemania, el que años más tarde daría nombre a esta enfermedad de la que hoy estamos hablando, Alois Alzheimer. Neuropatólogo y psiquiatra de reconocida valía, publicó en 1907 el caso de una mujer [...]”².

¿Cuáles son las causas? ¿Por qué se genera?

“La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad degenerativa de las células cerebrales (las neuronas), de carácter progresivo y de origen todavía no conocido.

Es una demencia primaria, o lo que es lo mismo, no puede ser considerada como efecto de cualquier otra enfermedad y/o traumatismo, es una demencia irreversible, esto es, que una vez iniciada sigue un proceso involutivo y no recuperable.

En las personas que padecen esta enfermedad se observan diversas alteraciones neuropsicológicas que afectan a funciones cognitivas como memoria, el reconocimiento visual de objetos, la capacidad para realizar movimientos voluntarios y razonamiento lógico.

La enfermedad de Alzheimer provoca, al mismo tiempo, un deterioro de la calidad de vida del enfermo y de su entorno familiar, y conlleva graves dificultades de convivencia. Se trata de una de las formas de demencia más extensa y conocida”³.

¿Cuáles son los primeros síntomas que se detecta?

“Antes de recibir el diagnóstico, el enfermo y/o su familia perciben una serie de trastornos o rarezas que suelen ser, en la mayoría de las ocasiones, el motivo de las primeras consultas médicas.

.....
1 DÍAZ DOMÍNGUEZ, M., et al., *En casa tenemos un enfermo de Alzheimer*. AFA. Federación de Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer.

2 PASCUAL Y BARLÉS, G., *El cuidador de pacientes con demencia tipo Alzheimer*, AFAF. Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias.

3 BOADA, M. et al., *Hablemos de La Enfermedad de Alzheimer con Pfizer*, Barcelona, ACV, 1997.

Éstas suelen ser de tipo: cambios de carácter y de humor sin causa aparente. Torpeza. Falta de precisión para la realización de actividades habituales. Aturdimiento y alta de nitidez en sus percepciones. Errores de repetición. Sentimientos inespecíficos de pérdidas. Intento de disimular las pérdidas. Desgana para el auto cuidado personal. Autoestima disminuida y tristeza⁴.

Fases de la enfermedad de Alzheimer.

Esta enfermedad evoluciona en tres fases (se puede encontrar distintas tablas que establecen las etapas de evolución de forma detallada en la bibliografía del final)

I Fase: Inicial o leve

- Con frecuencia no se le concede importancia a los síntomas de esta fase.
- El enfermo necesita supervisión, vigilancia, ánimo, recordatorios, etc., para poder llevar a cabo la satisfacción de las actividades básicas de la vida diaria (AVD).

II Fase: Intermedia o moderada

- Tiene síntomas y problemas marcados que impiden realizar muchas actividades de la vida diaria.
- El enfermo necesita ayuda parcial para la ejecución de dichas actividades.

III Fase: Tardía o severa

- Dependencia total, trastornos muy unidos a decaimiento físico significativo.
- El enfermo precisa de suplencia o ayuda total para la realización de las actividades mencionadas.

En el enfermo de Alzheimer la sonrisa es una de las últimas manifestaciones en desaparecer.

2. CAMBIOS DE ROLES EN LA VIDA FAMILIAR

La experiencia vivida acompañando a mi madre durante cinco años en el proceso de su enfermedad me iba enseñando ciertas cosas: que había que estar muy informado sobre la evolución de la misma; que el lugar que mi madre había ocupado en la familia iba quedando vacío, mientras que el rol que había representado y la función que había desempeñado en ella iban dejando de existir paulatinamente; que sus relaciones sociales, con la familia y con los vecinos se iban deteriorando, debido a sus dificultades de comunicación, y, consecuentemente, se sentía impedida para expresar sus necesidades y pedirles apoyo en el momento de su vida en que más lo necesitaba.

Quizás lo más doloroso era sentir cómo nuestra relación se iba transformando y tenía

.....
4 RODRÍGUEZ PONCE, C. (Coord.), *Guía para la planificación de la atención socio-sanitaria del enfermo de Alzheimer y su familia*. Confederación Española de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias, Fundación Pfiser, 2003.

lugar un auténtico cambio de roles en el que yo pasaba a ser su madre y ella mi hija. Según iba evolucionando la enfermedad, o, mejor dicho, deteriorándose sus neuronas, aumentaban sus necesidades afectivas, demandaba mimos y dedicación, necesitaba compañía para su estabilidad emocional y cuidados físicos para sobrevivir. Había que facilitar todo tipo de cuidados a una mujer hasta ahora autónoma, cuya memoria estaba retrocediendo en el tiempo, para que pudiera sobrevivir.

Todo ello ejerció una gran influencia sobre mí, no sólo como familiar sino también como trabajadora social sanitaria, e hizo que me planteara qué condiciones deberían reunir unas buenas prácticas de intervención con los familiares de enfermos de Alzheimer que atendía en el centro de salud. Así que empecé a pensar cómo ayudar a familiares y enfermos desde el centro de salud.

El primer objetivo que se debe alcanzar es la mejora de la calidad de vida en el núcleo familiar, en cumplimiento del principio ético de la FITS 4.1.: “Los trabajadores sociales deben apoyar y defender la integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de cada persona”⁵. Por ello una de las funciones del trabajador social debe ser su contribución en la defensa de los intereses de los enfermos de Alzheimer, favoreciendo que en su domicilio disfruten de un trato digno y gocen de respeto por parte de la familia, lo que se puede conseguir dando a los familiares una educación para la salud, que es una herramienta útil e importante ante las reacciones y los comportamientos del enfermo. Así mismo, una buena información contribuye a que la familia no tome decisiones que puedan perjudicar al enfermo como persona o que vayan en contra de los deseos que éste mostraba cuando estaba sano mentalmente.

También se debe “tratar a cada persona como un todo – los trabajadores sociales deben intervenir con la persona en su totalidad, con la familia, la comunidad, y el entorno social y natural, y tener en cuenta todos los aspectos que influyen en la vida de una persona”⁶. La intervención a nivel individual, grupal y comunitaria se hace cada vez más necesaria a fin de ofrecer una mayor calidad y cantidad de respuestas a familiares ante una enfermedad con tan alta prevalencia e incidencia y que frecuentemente son atendidos a nivel de Atención Primaria. Así,

“actualmente una de cada cuatro familias españolas, tiene algún familiar con demencia tipo Alzheimer. Esto significa que casi medio millón de españoles la padecen. Por otro lado, una de cada 10 personas de más de 65 años de edad y casi la mitad de los mayores de 85 padece Alzheimer. Se cree que en el año 2025 la cifra de afectados subirá a 22 millones de personas en todo el mundo”⁷.

Para poder alcanzar el cumplimiento de este principio ético, desde mi experiencia profesional, creo que el “modelo psicosocial” es el más apropiado para una atención integral a la familia que repercute en el mejor cuidado de los enfermos.

5 4. Principios. 4.1. Derechos humanos y dignidad humana. Código de ética de la FITS, 2004.

6 Idem.

7 Véase el sitio web: www.Geriaticas.com

El modelo psicosocial

“está caracterizado por dos elementos principales:

- Tiene en cuenta el aspecto psicológico y social que comporta cada caso, es decir, la persona en su situación.
- Da importancia a una diagnóstico-evaluación que trata al mismo tiempo los problemas y los recursos, los puntos fuertes y los puntos débiles de las personas y su situación.”⁸.

Este modelo de intervención nos permite, primero, conocer la situación psicosocial de la familia y principalmente del cuidador, mediante un diagnóstico, proporcionando información sobre las situaciones, los problemas y los puntos fuertes y débiles de las familias.

La mayoría de las demandas de los cuidadores y familiares ante la necesidad de prestar mayor atención al enfermo se centra en solicitar más recursos económicos; pero no siempre la solución está en ello, sino que, en gran medida, se encuentra en la buena organización la vida familiar. Existe en gran parte de las familias demandantes algunos puntos débiles, como la falta de apoyos internos al cuidador, la existencia de familiares que consideran que el apoyo al cuidador no es función suya, por lo que no se llevan a cabo actividades de ayuda entre sus miembros, pues consideran que las instituciones públicas deben ser las que resuelvan las carencias y la desorganización familiares.

La mayor parte de las familias que acuden a los trabajadores sociales no consideran que las soluciones estén en el seno de las mismas, y, sin embargo, lo cierto es que en el proceso de esta enfermedad el apoyo mutuo es imprescindible. Las situaciones, en gran medida, se resolverían con la reorganización interna de los roles de la familia, pues la mayoría de sus miembros no presta apoyo con su implicación personal, ya sea porque algunos consideran que no tienen tiempo, o, como se ha dicho, porque otros entienden que no es su obligación. Gran parte de las mujeres cuidadoras creen que las soluciones vendrán de los recursos materiales y no de la propia familia.

De ahí la importancia que tiene que el trabajador social logre aportar a la familia una comunicación más fluida y ofrecer a las cuidadoras o cuidadores habilidades sociales para recabar los apoyos intergeneracionales en las familias. Normalmente, para los trabajadores sociales, las intervenciones de medicación familiar constituyen una tarea difícil de desempeñar, ya que la profesión va dejando de ser vista entre la población en su faceta del trabajo social familiar. Se está extendiendo la creencia de que los problemas psicosociales son asuntos a tratar únicamente por los psicólogos y que sólo las prestaciones sociales de carácter económico son competencia de los trabajadores sociales.

Debemos intervenir en la organización familiar para favorecer el buen cuidado del enfermo y la estabilidad familiar. Hay cuatro particularidades que deben ser tenidas en cuenta por el trabajador social cuando desee intervenir con la familia de una persona enferma de Alzheimer:

.....
 8 RANQUET, M, du, *Modelos en trabajo social. Intervención con personas y familias*, Madrid, Siglo XXI, 1991.

- La dinámica familiar se va distorsionando con el cambio de rol.
- La ansiedad de cuidador llega al límite cuando ve deteriorarse al enfermo.
- La sobrecarga del cuidador le hace pedir ayuda sin saber exactamente lo que necesita.
- El cuidador expresa la necesidad de que se tomen medidas urgentes.

Pero es importante que el trabajador social transmita a la familia que, además de las soluciones que pueda proporcionar aportando los recursos sociales disponibles, es imprescindible que comprenda cómo la convivencia afecta funcionalmente al cerebro del enfermo de Alzheimer. Así mismo, que plantee la conveniencia de aprender a reconducir nuevas situaciones desencadenadas por comportamientos inesperados, incluso a veces agresivos, del enfermo, sin que dichos comportamientos, en forma alguna, deban de ser mal interpretados ni tomados como algo personal por los familiares, ya que son consecuencia de una afectación cerebral.

A veces, parece que el cuidador y los familiares mal entienden a los profesionales de Trabajo Social, ya que consideran que nuestras funciones se deben limitar a ofrecer un abanico de recursos sociales adaptados a sus necesidades, principalmente de carácter económico. Aceptan de mal grado nuestros consejos, asesoramiento e incluso el apoyo social, por considerar que son más tareas de los psicólogos, lo que hace que sea cada vez más difícil para nosotros poder ofrecer un modelo psicosocial, como el que hemos indicado anteriormente, que ayude a la intervención familiar.

Por tanto, nuestras indicaciones a veces caen en “saco roto”, ya que los familiares no creen necesitar este tipo de solución que podemos ofrecerles y sólo desean ayuda material; pero hay que transmitirles que el enfermo, muy especialmente, necesita amor, respeto y un trato digno, pues sigue siendo persona.

Jamás debemos de olvidar que el enfermo de Alzheimer está desorientado, perdido y, por tanto, siente miedo. Debemos ser capaces de transmitir al familiar las sensaciones que el enfermo puede estar sintiendo. Por eso, la práctica de Trabajo Social no sólo se reduce a “repartir e informar sobre recursos” sino a procurar que los familiares cambien su actitud ante el enfermo, en su mayoría personas mayores de 65 años (padre, madre, cónyuge, etc.), por cuya dignidad como personas deben velar los trabajadores sociales.

3. INTERVENCIONES SOCIALES

A continuación, voy a establecer las posibles intervenciones sociales del trabajador social sanitario en los centros de salud desde los tres niveles individual, grupal y comunitario [Gráfico 1]⁹

.....
9 Ver Gráfico nº 1, “Niveles de Intervención del Trabajador Social en Atención Primaria”. Elaboración propia.

3.1. INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR

3.1.1. La primera entrevista

Mi experiencia personal como familiar me sirvió profesionalmente para reafirmar la gran importancia que tiene la primera entrevista o consulta a demanda de contacto del trabajador social con los familiares.

En la primera entrevista, a veces, algún miembro de la unidad familiar cuenta al trabajador social los extraños síntomas que ve en algún familiar, y es entonces cuando éste comprende que se están empezando a manifestar los síntomas de la enfermedad de Alzheimer. En ese momento es primordial que se le dé apoyo emocional e informativo, que se le oriente sobre la necesidad de acudir a las consultas externas y solicitar los servicios del especialista de neurología para que se realice un diagnóstico y reciba tratamiento.



GRÁFICO 1. NIVELES DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Otras veces, la primera entrevista se produce por la necesidad que tiene el familiar de pedir ayuda para atender los comportamientos agresivos o socialmente incorrectos del enfermo de Alzheimer, los cuales no comprende ni acepta. Entonces es el momento de dar apoyo emocional e informativo al familiar ante las situaciones conflictivas que se producen y aconsejar sobre cómo reaccionar ante los comportamientos inadecuados del enfermo.

También, esa primera entrevista puede ser solicitada por el familiar de un enfermo avanzado que se encuentre en la II o III fase de la enfermedad, donde se necesitan apoyos emocionales e instrumentales y la aportación de alternativas sociales específicas para poder atender al enfermo. En esta entrevista, éste es el momento de asesorar sobre la red social de apoyo y derivar a instituciones y organizaciones sociales especializadas.

Las entrevistas sucesivas o consultas programadas tendrán, como no, una intervención de tratamiento social y seguimiento posterior a cada caso.

3.1.2. La demanda

Normalmente, cualquier tipo de demanda parte del cuidador principal, que es quien pasa las 24 horas del día con el enfermo. La intervención individual debe estar siempre orientada a una mejor atención del enfermo y, aunque existen dificultades para entrevistar al enfermo de Alzheimer, por su demencia, y aún cuando éste se halle presente en la entrevista, está ausente mentalmente, se sobreentiende que cualquier intervención social bien planteada a partir de una buena valoración social debe de repercutir favorablemente en la mejor atención del enfermo de Alzheimer.

Para realizar un buen análisis de la demanda y una valoración social ajustada a la realidad es preciso que estemos bien atentos, en una actitud de escucha activa ante el cuidador. Posteriormente, se requiere determinar el tipo de intervención social necesaria ante la situación y los problemas que presenta el cuidador, especialmente los derivados de la sobrecarga que soporta, el llamado síndrome del cuidador.

Se debe escuchar la demanda intentando comprender el significado de las palabras empleadas para expresarla. Esta escucha es muy importante para captar la demanda expresada, además de la implícita y la explícita. Para conseguir esto el trabajador social debe tener una actitud empática, no aconsejar, no juzgar, y mostrarle al usuario que es comprendido.

Al mismo tiempo que se le explican las alternativas a los problemas y las soluciones que estos requieren, también hay que informarle acerca de la enfermedad, explicarle porqué el enfermo actúa de determinada forma, y darle a conocer algunas de las habilidades para tratar al enfermo de Alzheimer. No se debe olvidar que la familia es la primera que proporciona cuidados durante las 24 horas del día [Gráfico 2]¹⁰.

Como hemos dicho antes, no tenemos la información directa de los enfermos de Alzheimer, por lo que debemos tomar como principal fuente de información la proporcionada por el cuidador sobre los cuidados y estado del enfermo. Aunque las entrevistas con los enfermos no son útiles para obtener la información que se precisa, sí que lo son para saber la fase en que se encuentra e informar al cuidador sobre los cuidados que precisa. Por ejemplo, si está en la primera fase, se debe advertir de la necesidad de que salga identificado por si se pierde en la calle.

Normalmente, es el cuidador principal quien formula la demanda, que, aunque sea individual, refleja la situación vivida por todo el núcleo familiar. Suele ser una demanda en la que casi siempre se solicita información sobre ayudas sociales, como el servicio de ayuda domiciliario, el ingreso en una residencia y, actualmente, ante la puesta en marcha de ley de dependencia, la ayuda económica al cuidador. Hay que tener en cuenta que, en su vida diaria, el enfermo, debido a sus cambios de carácter y a la pérdida de memoria inmediata, precisa de cuidados especiales que a veces no puede proporcionar la familia, especialmente en fases más avanzadas.

.....
10 Gráfico 2. "Los cuidados proporcionados por las familias". Elaboración propia.



GRÁFICO 2. LOS CUIDADOS PROPORCIONADOS POR LAS FAMILIAS.

Detrás de esa demanda, la mayor parte de las veces, hay otros problemas no expresados que están considerados como no importantes o que no son temas tratados por el demandante en la consulta. Entre ellos se encuentra la falta de apoyo de los demás miembros de la familia, el sentimiento de soledad del cuidador, la falta de administración de los medios económicos disponibles, las opiniones no expresadas, el sentimiento de culpabilidad ya sea por considerar que no se es buen cuidador o por plantearse el ingreso del familiar enfermo en una residencia, el no saber delegar los cuidados en otros miembros externos al domicilio, y, especialmente, la pérdida de roles del enfermo de Alzheimer y su pasividad ante hechos y acontecimientos que suceden.

3.1.3. La valoración social

La valoración social es imprescindible ya que sin ella no podremos determinar nuestra intervención. La valoración social implica constatar, mediante la observación y la obtención de datos sobre la forma de vida del enfermo, cómo se desenvuelve en el medio familiar y la red social de apoyo que tiene. Los diferentes aspectos que sería necesario conocer en el proceso de valoración se recogen en el siguiente gráfico¹¹.



GRÁFICO 3. DATOS A OBTENER EN UNA VALORACIÓN SOCIAL

Aunque se sepa, es necesario recordar que los aspectos que hay que conocer no se consiguen en una primera entrevista, ni se conocerán sólo en el despacho, por lo que la valoración final será el resultado de varias entrevistas, tanto en la consulta como en el domicilio familiar. Es necesaria la visita al domicilio de los enfermos de Alzheimer y sus familiares para realizar un estudio de la familia, del entorno y la situación-problema in situ.

.....
 11 Gráfico 3. “Datos a obtener en una valoración social”. Elaboración propia.

Por lo tanto, en una primera entrevista se recogerán datos sobre la situación familiar y sobre la viabilidad de la demanda solicitada. Así mismo, es importante determinar si existe un evidente riesgo social del enfermo. Se consideran ancianos enfermos de Alzheimer en alto riesgo social los mayores de 80 años diagnosticados que vivan solos que tengan limitación funcional.

3.2. LA INTERVENCIÓN SOCIAL

Iría orientada a la mejora de las condiciones de vida en el medio social en que están insertos tanto el enfermo como el cuidador. Las intervenciones deben ser acordes con las necesidades y demandas expresadas por el demandante.

Las primeras intervenciones sociales serán las tendentes a mejorar la situación personal del enfermo, y a dar respuesta a las demandas requeridas por el cuidador o cuidadora, siempre que no vayan en contra de los intereses del enfermo.

Ante una situación muy angustiosa para la familia, se puede plantear una intervención familiar con algunos de sus miembros para, de esta manera, ayudar a la nueva organización interna. Así mismo, a veces, será necesario dar información sobre las incapacidades, tanto desde el punto de vista jurídico como desde el ofertado por I.N.S.S. Algunas de las alternativas de los trabajadores sociales para encontrar soluciones (el ingreso en un centro de día, en una residencia, la incapacidad anticipada o el testamento vital, etc.) son recibidas algunas veces por el cuidador u otros familiares como reproches o acusaciones recriminatorias.

Por tanto, estas alternativas que se ofrecen casi nunca prosperan, por lo que al principio el trabajador social debe mostrar hacia los demandantes una actitud comprensiva, aunque esté convencido de que las alternativas que propone sean las adecuadas, y, a la vez, promover actitudes de reflexión para que los familiares puedan llegar a descubrir por sí mismos que ellas constituyen una solución a sus problemas. Al final, los demandantes suelen terminar admitiendo lo acertado de la valoración inicial realizada por el trabajador social que inicialmente había sido rechazada por ellos. A veces, la evolución rápida de los enfermos de Alzheimer -el ritmo de deterioro de los mismos es imprevisible- provoca que los familiares regresen a la consulta demandando la solución que en un principio se le ofreció.

También hay que motivar a los familiares para que acepten la conveniencia de que el enfermo asista a talleres de estimulación, necesarios para lograr un mantenimiento funcional y cognitivo, a la vez que proporciona un tiempo de respiro a los cuidadores.

Las intervenciones de los trabajadores sociales en los Centros de Salud de Atención Primaria tendrían que ir orientadas a apoyar, informar, atender y asesorar a los cuidadores y sus familias [gráfico 4]¹².

12 Gráfico 4. Intervenciones a realizar por el Equipo de Atención Primaria. Modificada tabla 8, pág. 43, GUIJARRO GARCIA, J.L., El médico de familia y la demencia. Madrid, Ergon, 1993.



GRÁFICO 4. INTERVENCIONES A REALIZAR POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

A. Informar al cuidador y otros familiares sobre la enfermedad.

El cuidador y la familia deberían plantearse:

- Poseer toda la información actualizada sobre la situación de la enfermedad del paciente por parte del médico que le ha diagnosticado.
- Efectuar una reunión familiar para conocer los recursos de que se dispone, no sólo los materiales sino también los personales.
- Comenzar a asumir que, en lo sucesivo, sus vidas van a ser muy diferentes a como lo han sido hasta entonces.

Una de las intervenciones más decisivas consiste en proporcionar información, ya que el conocimiento de la enfermedad, su evolución y el tratamiento que requiere, tranquilizará a los cuidadores y familiares, pues lo desconocido provoca en ellos cierta angustia en una situación que resulta agotadora y una gran desesperanza ante la expectativa de un futuro incierto.

En la sociedad actual existen muchos medios para obtener la información médica y publicaciones que explican las fases de la enfermedad que les serán de utilidad para anticiparse a los distintos momentos del proceso, así como para prever el estado físico y mental en que se irá encontrando su familiar enfermo de Alzheimer. Pero también hay que dar información sobre las posibles situaciones que se pueden presentar, y que afectarán a la dinámica familiar en el entorno familiar y social, cuando en el futuro sean precisos mayores cuidados.

Por ello es importante el papel del trabajador social como informante de las dimensiones de esta enfermedad, con factores y consecuencias que van a afectar a la dinámica familiar y social, que puede producir un desequilibrio en la economía doméstica y en las relaciones sociales tanto del enfermo como de la familia.

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad social por el considerable número de individuos afectados, su larga duración, el coste del tratamiento, y porque puede originar grandes invalideces y afecta a todo tipo de clases sociales, incluidas las peor dota-

das económica y culturalmente.

B. Asesorar al cuidador y otros familiares sobre cuestiones planteadas.

A veces la familia o el cuidador detectan un comportamiento del enfermo que constituye un aviso de que lo que puede estar ocurriendo es una demencia o enfermedad de Alzheimer, por lo cual es importante que se haga saber a la familia que debe acudir a realizar un estudio diagnóstico del posible enfermo y derivarlo al médico de cabecera o la unidad de la demencia para su diagnóstico.

En la mayoría de los casos, los cuidadores y familiares carecen de conocimientos, habilidades y actitudes para poder atender al enfermo, por lo que se hace necesario trasladar a estos la necesidad de aprendizaje y entrenamiento de habilidades para manejar las conductas que pueden presentarse de forma inesperada por la patología del enfermo de Alzheimer.

C. Atender las demandas realizadas por el cuidador y otros familiares.

Las demandas por parte de los familiares de los enfermos de Alzheimer que acuden a las consultas de los trabajadores sociales han ido en aumento; piden apoyo, orientación y, sobre todo, información sobre recursos y prestaciones sociales.

Sería muy conveniente que el trabajador social estableciera con el cuidador y su familia una relación de ayuda, les proporcionara una clara información para poder utilizar y obtener un buen rendimiento de los recursos y prestaciones sociales existentes, ya que son limitados, y les apoyara para confrontar la nueva situación con técnicas psicosociales que les ayuden a reducir el estrés y a manejar la nueva situación de forma adecuada.

Es determinante que el trabajador social establezca una buena relación de ayuda con el cuidador y la familia para poder ser eficaz en la intervención, ya que debe dirigir la acción hacia la comprensión, el análisis y la reestructuración de la nueva situación de la familia, hecho éste que es fundamental.

D. Apoyar las labores de cuidadores para favorecer un buen trato con el enfermo.

Los roles cambian y la familia, al enfrentarse de repente a la nueva situación tiene que acusar los efectos que ella produce: cansancio físico y moral, desorientación e indecisión a la hora de decidir adónde se debe acudir, y falta de apoyo mutuo entre los familiares. La organización interna de la familia sufre un deterioro grave al ser los enfermos de Alzheimer -padre o madre, esposo o esposa- adultos que hasta ese momento ejercían unas tareas de sostén familiar: elaboración de comida, limpieza del hogar, cuidado de otros miembros de la familia, trabajo en la calle, etc.

El enfermo se vuelve dependiente y a partir de ese momento ha de configurarse una nueva organización familiar en la que otros lo reemplacen ejecutando las tareas y desempeñando las funciones que hasta entonces habían sido propias de la persona enferma; además, hay que cuidar de él gran parte del día e, incluso, vigilarlo. La enfermedad también supone un aumento de los gastos para la economía familiar derivados de las nuevas atenciones que requiere el enfermo. Así mismo, el tiempo dedicado al cuidado del enfermo aumenta y se produce una limitación de las relaciones sociales del cuidador

y la familia.

La familia ha de reorganizarse y hacer esfuerzos por asumir los papeles que hasta ahora el enfermo realizaba de forma autónoma. Además, ante una demencia del tipo Alzheimer a los miembros de la familia les cuesta reconocer la personalidad del enfermo, se confunden entre los síntomas de la enfermedad y el nuevo carácter que parece presentar. Se hace necesario buscar apoyos en otros familiares y en las instituciones públicas y privadas que refuercen las intervenciones familiares.

El apoyo solicitado por el cuidador o la cuidadora y los familiares suele ser de tipo informativo, emocional y material. Buscan información, consejo o guía, que les ayude a resolver sus problemas, a la vez que sienten la necesidad de tener a alguien con quien hablar y en quien confiar. Prestándoles ayuda tanto directa como de los servicios sanitarios, administrativos y sociales, disminuye la sobrecarga de las tareas y deja tiempo libre al cuidador principal y los familiares.

3.2.1. El cuidador es alguien con sentimientos y emociones

Los cuidadores a veces se ven afectados por problemas emocionales que surgen ante la necesidad de la continuidad de cuidados que precisa una persona enferma. Los trabajadores sociales y demás familiares sanitarios hemos de dar apoyo a los cuidadores principales y familiares, ya que se sienten afectados por la situación del familiar enfermo, ya que en su mayoría suelen ser personas vinculadas por fuertes lazos afectivos (cónyuges, padres, etc.)

Los trabajadores sociales debemos prestar atención especial a los aspectos psicosociales que afectan al cuidador en el proceso de cuidar. El objetivo a alcanzar debería ser “favorecer que su equilibrio emocional” y “alentar a realizar sus proyectos personales para no caer en las desilusiones”, así como la consecución de tiempo libre, cuidados personales y relaciones sociales que, a veces por el comportamiento del familiar enfermo, no se dan en el hogar. Lo fundamental es que no se altere demasiado la vida del cuidador mientras cuida al enfermo de Alzheimer.

Hemos de procurar estar atentos a las manifestaciones emocionales y los sentimientos que le producen al cuidador las situaciones nuevas; ponernos en su lugar ante el dolor o el sufrimiento para poder apoyar su labor como cuidador y su desarrollo como persona. Sus vínculos afectivos, su historia familiar en común, los recuerdos gratos o los desagradables, son dignos de escuchar para comprender los sentimientos que le produce la atención al enfermo.

¿Cómo ayudar al cuidador a barajar sus propios sentimientos?

Los trabajadores sociales deberíamos ayudar al cuidador a tomar conciencia y aceptar sus sentimientos, para que pueda vivir con un estado de ánimo estable que le proporcione un mínimo bienestar personal. Para ello, nosotros deberíamos comprender y escuchar sus sentimientos y observar sus emociones. Cualquier cuidador se siente abrumado por las tareas repetitivas, por el tiempo que requieren los cuidados al familiar, por el empeoramiento de la enfermedad, etc. Entre enfermo y cuidador existe una historia

con recuerdos y experiencia vivida que puede producir sentimientos de tristeza, preocupación, soledad, depresiones, irritabilidad, vergüenza, culpa, impotencia, fracaso, frustración, miedo a la pérdida, al duelo, etc.

La tristeza se encuentra entre las emociones más dolorosas que existen y cuando este sentimiento es el dominante, la situación puede convertirse en un auténtico campo de batalla. Sentir tristeza por lo que le ocurre a otra persona a la que se quiere es muy normal y este sentimiento se agrava cuando se contempla el deterioro progresivo del enfermo que puede llegar a producirle la incapacidad total. Hemos de ayudar al cuidador a no lo invada la tristeza, dejando que se desahogue en el momento que lo desee y explicarle que si la melancolía le acompaña no podrá disfrutar de otros momentos felices que podría compartir con su familiar enfermo.

La preocupación por lo que le puede ocurrir al enfermo de Alzheimer y la impotencia de no saber cómo ayudarlo, será otro de los sentimientos que aparezcan en el cuidador. Nacerán las dudas y los interrogantes: ¿Será capaz de atenderlo físicamente? ¿Responderá bien a los tratamientos? Debemos intentar serenar al cuidador, que no se torture innecesariamente, que no dé vueltas a ideas negativas; es imprescindible que encuentre el sosiego en el presente.

Otro sentimiento que afecta al cuidador es el de soledad, debido a la comunicación distorsionada, o inexistente, ocasionada por la afasia, las repeticiones de frases o la incompreensión de algunos pensamientos por parte de los enfermos de Alzheimer. Este sentimiento de soledad del cuidador se acentúa cuando el enfermo es el cónyuge, pues ve cómo se derrumba un proyecto de vida en cuyo horizonte siempre aparecía una vejez basada en el apoyo mutuo.

La necesidad de cuidar al enfermo continuamente crea una situación de soledad social en el cuidador y el enfermo, se reduce mucho el tiempo para compartir con otros miembros de la familia y amigos en reuniones sociales a las que antes podían ser asiduos. Los miedos de los enfermos de Alzheimer a las reuniones pueden generar conflictos por su comportamiento; por ello, es muy importante que la familia y amigos sepan de la enfermedad que padecen y que admitan sus comportamientos repetitivos o sus dificultades para mantener una conversación.

Para evitar la soledad del cuidador los trabajadores sociales deben orientarlo a fomentar las relaciones sociales, aunque en su mayoría los cuidadores se nieguen a realizar actividades de ocio, alegando que no pueden disponer de tiempo libre, un planteamiento que, en parte, está relacionado con el sentimiento de culpa. Es necesario que tome conciencia de lo importantes que son las relaciones sociales para el mantenimiento de su salud psíquica y el desarrollo de su autoestima.

Cuando la tristeza, la preocupación y la soledad se presentan unidas pueden ocasionar la aparición de una depresión. En el cuidador, el sentimiento de no pertenencia puede hacer que se sienta culpable de su propia soledad. En caso de que aparezca ansiedad se puede orientar al cuidador para que practique ejercicios de relajación que mejoren su estado de ánimo, realice actividades creativas gratificantes y descanse lo suficiente. Si la depresión es más grave se debe acudir al médico.

Muchas veces el cuidador se siente cansado, se queja de que nadie le ayude, ni las instituciones públicas, ni sus familiares. Siente que está sacrificando sus días, que pasan sin pena ni gloria, sin que se vislumbren posibilidades de cambio, y esto puede llevarle a la irritabilidad. Es lógico el enfado del cuidador, para él no existen cambios. Para mitigar este sentimiento debiera recurrir a un cuidador auxiliar familiar o contratar a una persona que colabore en los cuidados para disponer de tiempo libre, alejarse por algunos momentos de la situación y tener, al menos, una tarde para sí mismo, contactar con un amigo o conversar con alguien próximo, evitando tocar el tema del enfermo y la enfermedad.

Pueden existir sentimientos de culpa causados por haber dicho alguna palabra más alta en un momento determinado, por pensar que se dedica poco tiempo al enfermo, por tener que tomar la decisión de ingresarlo en un centro de día o en una residencia. La culpa se produce por entender que se ha hecho algo que uno mismo no aprueba, por incumplir promesas hechas al enfermo cuando estaba sano, por llevar a cabo acciones contrarias a las deseadas por el enfermo cuando poseía todas sus facultades mentales, o por mantener la idea de que no se puede ser feliz si el familiar está enfermo.

Los sentimientos de culpa pueden convertir en un infierno la vida del cuidador. Para remediarlo, el cuidador ha de reconocer los sentimientos que provoca la culpa, analizar cuáles son las razones por las que se siente de determinada manera y consultar a personas que merezcan su confianza.

3.3. INTERVENCIÓN GRUPAL

La práctica diaria me hizo comprender que el trabajo social de grupo es una buena alternativa a las demandas de información, y de formación, de los familiares en las consultas individuales. En el grupo se puede prestar una mayor atención a los enfermos y familiares y se posibilita el seguimiento de los casos, al mismo tiempo que se pueden cambiar algunas situaciones y problemas de convivencia en la familia.

Esto me llevó a poner en marcha algunos grupos para enfermos de Alzheimer en mi centro de salud, a enseñar habilidades sociales para convivir con un enfermo en casa, y reducir los niveles de estrés de los cuidadores mediante técnicas de relajación y respiración, a la vez que los mantenía informados sobre los recursos sociales existentes para el apoyo a los enfermos de Alzheimer.

Es necesario que los trabajadores sociales promuevan en los centros de salud la creación de grupos para los familiares de enfermos de Alzheimer, pues son de una gran ayuda para el aprendizaje y la mejora de las habilidades que deben poseer como cuidadores, a la vez que favorecen el desarrollo de su capacidad de auto cuidado.

Normalmente, los familiares desean buscar soluciones rápidas para curar la enfermedad. Dado que en la actualidad no existe la cura de la misma con medicamentos, es imprescindible saber vivir con un enfermo en casa. Los familiares pueden colaborar de forma más eficaz si poseen conocimientos sobre todo lo que puede favorecer a los enfermos para que tengan una mejor calidad de vida, si conocen la importancia que tiene la

estimulación de la memoria en un centro especializado, y en el domicilio, o la trascendencia de mantener una buena comunicación y relación afectiva con el enfermo.

La dinámica que se establece en los grupos favorece el aprendizaje de habilidades, gracias al intercambio de experiencias entre los familiares que, de esta manera, comparten la vivencia de situaciones imprevistas que se hubieran presentado, así como la forma de resolverlas. Así, el profesional de Trabajo Social debería establecer las opciones más adecuadas para resolver los distintos problemas planteados, a partir de la información obtenida de las experiencias expuestas en los grupos, y considerar que este ejercicio representa una auténtica oportunidad para adquirir conocimientos sobre la enfermedad, los cuidados que deben recibir los enfermos, los cuidados de sí mismos que deben tener los cuidadores y los recursos sociales existentes.

Para realizar este tipo de intervención hemos puesto en marcha un proyecto grupal de apoyo como soporte familiar y de encuentro entre las familias de enfermos de Alzheimer en el centro de salud, pues si el cuidador no conoce el funcionamiento interno de las emociones de un enfermo de Alzheimer será difícil que lo atienda apropiadamente y tenga una interrelación positiva que ayude a reducir su sufrimiento.

Lo más viable es que los grupos estén formados por familiares de los enfermos que estén en las fases I y II de evolución, que es el momento en que aquéllos más necesitan conocer la enfermedad y poseer habilidades para actuar ante las situaciones nuevas que aparecen en la convivencia. La asistencia a los grupos es voluntaria, pero debe insistirse en que éstos son una buena oportunidad para recibir una información efectiva e inmediata.

Se aconseja que el grupo sea cerrado y esté compuesto por un número de seis a doce personas. Su periodo de funcionamiento debe tener comienzo y final y no prolongarse indefinidamente. El número de sesiones puede oscilar entre seis y ocho, de hora y media de duración y una frecuencia semanal. Sólo en determinadas ocasiones, si el profesional lo considera oportuno, puede abrirse para que se incorpore un nuevo familiar interesado en participar. Si algún familiar que se ha incorporado tarde desea asistir a las sesiones no realizadas, deberá esperar al comienzo de un nuevo grupo, una vez que concluya la sexta sesión del anterior.

Es imprescindible programar cada una de las sesiones del grupo. En la experiencia grupal llevada a cabo en el centro de salud realicé un diseño para las seis sesiones basado en el mismo esquema: Información sobre recursos sociales, información sobre la enfermedad y ejercicios de respiración y relajación. El orden de los contenidos podía ser alterado debido a las necesidades del grupo o si algún familiar deseaba tratar un tema concreto. La metodología empleada intentaba ser participativa; para ello, se hacía una disposición del grupo en corro y se desarrollaban dinámicas de grupo y juegos.

Los contenidos de la primera parte daban información sobre recursos sociales: el Plan de Alzheimer, la Ley de apoyo a las familias andaluzas, las ayudas de los Servicios sociales comunitarios y las prestaciones de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, así como la actividades de la Asociación de enfermos de Alzheimer. En esta parte se empleaba la técnica de “lluvia de ideas” para detectar los conocimientos iniciales que tenían

los familiares sobre los recursos sociales disponibles, aunque limitados. Una vez que la lluvia de ideas había finalizado, se explicaba cada uno de los recursos, informando sobre la prestación que ofrece, los requisitos que se exigen, el organismo del que depende, cómo acceder al mismo y los documentos que se precisan para su solicitud (en aquellos momentos no estaba en vigor la Ley de dependencia).

La segunda parte era formativa y más emotiva, ya que al hablar de la enfermedad de Alzheimer los familiares preguntaban e intentaban conocer y comprender, prestando más atención a todo lo que les aportara información. El diálogo derivaba a la narración de situaciones vividas con el enfermo y se pedían consejos y aclaraciones sobre cómo actuar en el futuro. Los temas elegidos fueron: el olvido de sí mismo (la memoria inmediata), la comunicación con el enfermo (cómo mantener la comunicación), la movilidad del enfermo (cómo estimular el movimiento diario), la ocupación terapéutica (cómo ocupar el tiempo con el enfermo), la seguridad del hogar (evitar accidentes domésticos), el cambio del carácter del enfermo (comprender el cambio y habilidades para superar los momentos difíciles). Todos los temas se trataban facilitando la participación de todos, con la dinámica de discusión de grupo, también organizados en corro para facilitar la participación. Se le aportaba algunos materiales consistentes en documentación escrita, folletos informativos y ejercicios, cuando el tema lo requería.

Al final de las sesiones se enseñaban y realizaban los ejercicios de respiración y relajación, realizados sobre una colchoneta y con música adecuada, que los participantes agradecían mucho por el relax y el descanso que les proporcionaban. Los contenidos de las sesiones se encuentran en el cuadro que se presenta con el resumen de los seis días [gráfico 5]¹³.

CONTENIDO PRIMERA SESIÓN (2/6/2003)	CONTENIDO SEGUNDA SESIÓN (9/6/2003)	CONTENIDO TERCERA SESIÓN (16/6/2003)	CONTENIDO CUARTA SESIÓN (23/6/2003)	CONTENIDO QUINTA SESIÓN (30/6/2003)	CONTENIDO SEXTA SESIÓN (7/7/2003)
Información sobre recursos sociales (10 minutos)	Información sobre recursos sociales (10 minutos)	Información sobre recursos sociales (10 minutos)	Información sobre recursos sociales (10 minutos)	Información sobre recursos sociales (10 minutos)	Información sobre recursos sociales (10 minutos)
Información sobre el plan de Alzheimer.	Sobre "Ley de Apoyo a la Familias andaluzas" en materia de personas	Subvenciones individuales de la Delegación de Asuntos Sociales.	Servicios Sociales del Ayuntamiento: Servicio Domicilio	Residencias y Centro de día para los mayores.	Residencias de Respiración Familiar.
Discusión sobre un tema relacionado con la enfermedad (30 minutos) El olvido de sí mismo.	Discusión sobre un tema relacionado con la enfermedad (30 minutos) Comunicación no verbal.	Discusión sobre un tema relacionado con la enfermedad (30 minutos) Movilidad del enfermo.	Discusión sobre un tema relacionado con la enfermedad (30 minutos) Ocupación terapéutica.	Discusión sobre un tema relacionado con la enfermedad (30 minutos) Seguridad del hogar.	Discusión sobre un tema relacionado con la enfermedad (30 minutos) Cambios de carácter del enfermo.
Ejercicios de manejo de antiestrés. (30 minutos)	Ejercicios de manejo de antiestrés. (30 minutos)	Ejercicios de manejo de antiestrés. (30 minutos)	Ejercicios de manejo de antiestrés. (30 minutos)	Ejercicios de manejo de antiestrés. (30 minutos)	Ejercicios de manejo de antiestrés. (30 minutos)
Aprendizaje de técnicas de respiración.	Relajación progresiva de Jacobson.	Respiración y relajación progresiva			

GRÁFICO 5. RESUMEN DE LOS CONTENIDOS DE CADA UNA DE LAS SESIONES.

El trabajador social realizar la coordinación del grupo, el objetivo será formar e intervenir en situaciones problemas dando orientaciones y alternativas viables. El grupo

.....
 13 Gráfico 5. "Resumen de los contenidos de las sesiones". Elaboración propia.

tiene un carácter socioeducativo, se pretende que adquieran habilidades sociales, para proceder adecuadamente en los cuidados y ser más comprensivo con el enfermo.

Debido a que los familiares del grupo viven en la misma zona, favorece el encuentro fuera del centro de salud en otros lugares comunes del barrio, lo que hace que aumente la posibilidad de apoyo emocional entre ellos, incluso después de finalizado el grupo.

3.4. INTERVENCIÓN COMUNITARIA

La intervención comunitaria desde los centros de salud está orientada a actividades de carácter informativo, formativo y asistencial, a una coordinación intersectorial con instituciones públicas y privadas, y a la participación comunitaria.

Las actividades de carácter informativo, formativo y asistencial están establecidas desde el Plan Andaluz de Alzheimer elaborado por Consejería de Salud y consensuado con la Federación Andaluza de Familiares de Enfermos de Alzheimer en la que se establece una serie de programas para mejorar la atención a los enfermos y a sus familiares, plan que los trabajadores sociales de los centros de salud deben de conocer, así como estar informados y participar en aquellos programas que se realizan a favor de los enfermos y familiares.

Es primordial precisar que los enfermos de Alzheimer, por sus características, precisan de cuidados sanitarios y de los servicios sociales especializados para aumentar su autonomía, por lo que es de vital importancia establecer una buena coordinación intersectorial entre Salud y los servicios sociales comunitarios. Esta necesidad está establecida en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en la que se recoge que “la atención socio sanitaria comprende el conjunto de cuidados a enfermos que por sus características podrían beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y facilitar su reinserción social”¹⁴. Por ello, es necesario establecer una coordinación institucional y entre profesionales de Trabajo Social para la atención integral de los enfermos de Alzheimer.

Por su parte, el artículo 14. 2 establece que “en el ámbito sanitario, la atención socio sanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá: a) Los cuidados sanitarios de larga duración. b) La atención sanitaria a la convalecencia. c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable”¹⁵. Como he tratado más arriba al exponer las nociones básicas sobre la enfermedad, los enfermos de Alzheimer precisan cuidados sanitarios durante largo tiempo, así como asistencia sanitaria y programas de recuperación y rehabilitación por sus problemas de déficit funcional y cognitivo. Aunque estos pacientes no son recuperables, deben recibir de cuidados y estimulación mental, del lenguaje, la movilidad corporal, etc.

Por eso es tan importante hacer una “ordenación de los Servicios Sanitarios y Socia-

14 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

15 *Idem*.

les para ofrecer respuesta integral a las necesidades de atención que se presentan simultáneamente en personas con situaciones de dependencia” causadas por el Alzheimer. Y que es importante que los trabajadores sociales de ambas instituciones favorezcan y promuevan en sus intervenciones individuales la coordinación interinstitucional.

Antes de que entrara en vigor la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia¹⁶, existía una red social formal estructurada para los enfermos de Alzheimer con acceso fácil y rápido. Hoy la ley ha reunificado las prestaciones sociales y ha establecido el grado de reconocimiento, lo que ha supuesto que una persona con un diagnóstico de Alzheimer deba, como todo las personas dependientes, iniciar un proceso administrativo lento para el acceso a los servicios y prestaciones sociales. Por lo tanto para acceder a la red de servicios y centros de la Junta de Andalucía, de las entidades locales y otras instituciones públicas y privadas se determina como necesario el reconocimiento de la dependencia.

El enfermo de Alzheimer tiene una serie de necesidades de atención social, según va avanzado la enfermedad, que a veces no puede ser cubierta por la red social informal existente en su entorno, ya que la familia no dispone de los medios materiales que precisa el enfermo. Por lo tanto la red social formal debe de ofertar una serie de recursos sociales [gráfico 6]¹⁷ y servicios de atención domiciliar que den apoyo en las tareas domésticas y cuidados de los cuidadores, a los centros de día especializados y las residencias para mayores. Cuando los cuidados sanitarios de los enfermos de Alzheimer no pueden ser cubiertos por los familiares y el entorno social, los trabajadores sociales de los centros de salud tenemos la obligación de intervenir en la búsqueda de los recursos necesarios en coordinación con los servicios sociales comunitarios y las organizaciones sociales.



GRÁFICO 6. LA RED SOCIO-SANITARIA.

Por lo tanto, en los centros de salud de Atención Primaria, el trabajador social debe ser un profesional de referencia para profesionales sanitarios, y de apoyo y refuerzo a familiares para la búsqueda recursos y prestaciones sociales, al mismo tiempo que favorece la participación de la comunidad, sirviendo de puente entre el centro de salud y la

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

17 Grafico 6. “La red socio sanitaria”. Elaboración propia.

comunidad.

El fomento de la participación de personas voluntarias a través de las organizaciones establecidas legalmente en la comunidad, en las que exista voluntariado, para coordinar actividades individuales y preventivas y de promoción colaborando con las familias, es una labor que deben realizar los trabajadores sociales.

También, es un cometido del Trabajo Social comunitario promover la creación de agentes de salud preparados para saber detectar los posibles casos de personas que comiencen a manifestar los síntomas del Alzheimer entre las personas mayores, a fin de prevenir situaciones en personas mayores solas que comienzan a tener comportamientos característicos de esta enfermedad. Así mismo, debe ofrecer colaboración en aquellos casos que ya están diagnosticados para su seguimiento, sobre todo si existen situaciones de riesgo.

Por otra parte, es necesario que los trabajadores sociales promuevan la participación y dinamicen los centros donde exista una estructura para la participación ciudadana, en los que estén representadas las organizaciones de enfermos de Alzheimer, e incorporar a los familiares en aquellas zonas en que no estén representados.

Los trabajadores sociales deberían fomentar desde el centro de salud la coordinación con asociaciones de familiares de Alzheimer para proporcionar información y formación a los profesionales del centro. En este sentido, es muy importante la labor que desempeñan las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer, pues dan información y apoyo legal a las familias.

Los trabajadores sociales deben entender que para los familiares de enfermos de Alzheimer el apoyo material que se les ofrece es importante, pero tan importante o más que esto es que logren comprender la enfermedad, pues es la única herramienta que puede ayudar a la familia a sobrellevarla. En este sentido, es fundamental que se les oriente para que acudan a las terapias familiares y reciban apoyo psicológico.

CONCLUSIONES

1. Es necesario que en los Centros de Salud se promuevan las intervenciones individuales, grupales y comunitarias con los familiares de enfermos de Alzheimer, independientemente de las que llevan a cabo las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer.
2. En la primera entrevista individual con los familiares, convendría que los trabajadores sociales tuvieran en cuenta las emociones y sentimientos de los mismos a la hora de hacer la valoración social de la situación, porque ello influirá de forma determinante en la mejora de la calidad del enfermo.
3. En las sucesivas entrevistas, el trabajador social debe advertir a los familiares de los cambios de comportamiento del enfermo de Alzheimer para que éste despersonalice sus actuaciones como algo en su contra.

4. Los recursos sociales ofertados han de estar a favor de la mejora de la calidad de vida del enfermo cumpliendo el principio de respeto a la dignidad de la persona, dada la afectación del deterioro cognitivo del enfermo.

5. Los trabajadores sociales, junto con los profesionales sanitarios del Centro de Salud (E.B.A.P.), a la hora de valorar y tratar los casos, deben realizar un trabajo multidisciplinar.

6. El E.B.A.P. intervendrá en los procesos de apoyo, información, atención y asesoramiento a los familiares de los enfermos.

7. A los trabajadores sociales les corresponde ser los promotores de los grupos de familiares, dadas las características sociales de la enfermedad.

8. Los grupos de familiares responden a una necesidad emocional de apoyo que el Centro de Salud favorece por su cercanía entre los miembros del barrio.

9. Con la creación de grupos de familiares, además de ofrecer información y formación a las familias, se promueve el apoyo social informal y la comunicación inter-vecinal entre sus miembros.

10. Además, se hace necesario que el trabajador social favorezca que las redes sociales existentes en la zona de influencia del Centro de Salud den respuesta a las necesidades de estos enfermos y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

- ALTERRA, A, *El cuidador. Una vida con el Alzheimer*, Barcelona, Paidós, 2001.
- BOADA, M. y otros, *Hablemos de la enfermedad de Alzheimer con Pfizer*, Barcelona, ACV, 1997.
- DÍAZ DOMÍNGUEZ, M. y otros, *En casa tenemos un enfermo de Alzheimer*, Bilbao, Federación de Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer, 1994.
- GONZÁLEZ, J.F., *Procedimiento para relajación*, EOS.
- GUIJARRO GARCIA, J.L., (coord.), *El médico de familia y la demencia*. Madrid, Ergon, 1993.
- HERRERO BOTÍN, M. (coord.), *Cuidados de Enfermería en el Alzheimer y otras Demencias*. Olalla, 2006.
- LODES, H., *Aprende a respirar (La guía más eficaz para vivir a pleno pulmón.)*, Barcelona, Integral, 1994.
- PASCUAL Y BARLÉS, P., *El Cuidador de pacientes con demencia tipo Alzheimer*, Barcelona, Laboratorio Esteve y AFAF Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias, 2000.
- RAMÍREZ DÍAZ, S. y GIL GREGORIO, P. *Guía práctica para cuidadores de enfermos de Alzheimer*, s.l, s.e, s.f.

- RODRÍGUEZ PONCE, C., *Guía para la planificación de la atención socio-sanitaria del enfermo de Alzheimer y su familia*, s.l., CEFA-Fundación Pfizer, 2003.

- RUIZ-ADAME, M. y PORTILLO, M.C., *Alzheimer. Guía para cuidadores y profesionales de Atención Primaria (Luchar contra la enfermedad y no contra el enfermo)*, Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1996.

- SOBERA ECHEZARRETA, C., *Manual para la estimulación de los enfermos de Alzheimer en el domicilio*, s.l., CEFA. Confederación Española de asociaciones de familiares de enfermos de alzhéimer y Fundación PFIZER, s.f.

- VERA VERA, J. y otros. *ABC de los problemas de pérdida de memoria demencia y enfermedad de Alzheimer*, s.l., s.e., 1998.

Los dilemas morales de los trabajadores sociales y la técnica de los grupos triangulares¹

M^a Luisa Taboada González

Diplomada en Trabajo Social,

Profesora titular de la Diplomatura de Trabajo Social en la Universidad de Málaga

Resumen

Este trabajo de investigación pretende acercarse a los cauces por los que discurren los dilemas práctico-morales de la intervención de los trabajadores sociales. Ofrece una mirada a la reflexión ética apoyada en planteamientos deontológicos sobre los conflictos morales (Salcedo, 1998) y busca aproximaciones, que no certezas, en la escucha discursiva de los protagonistas de la intervención, poniendo el énfasis en los aspectos subjetivos e interpretativos de quien vive la situación. Dentro del planteamiento metodológico de producción discursiva de grupo, elegimos la técnica de grupos triangulares (Conde, 2008), como espacio intermedio entre el “yo” de las entrevistas abiertas y el “nosotros” de los grupos de discusión. Es el “yo/otros”. La técnica se muestra interesante para captar los momentos previos al discurso social de referencia. Los resultados obtenidos ofrecen singulares matices dentro de dilemas de amplio alcance.

Palabras claves

Dilemas morales, principios deontológicos, intervención profesional, técnicas cualitativas, grupos triangulares.

I.- EJECUCIÓN DEL ESTUDIO.

1.1. INTRODUCCIÓN

Es de todos conocido que uno de los rasgos definitorios de toda profesión, en la medida en que va alcanzando su madurez como tal, es la de tener necesidad de unas orientaciones éticas que puedan guiar el ejercicio profesional.

Cualquier profesión encuentra esa necesidad puesto que todas ellas se dirigen a procurar el bienestar de la sociedad al servicio de la que se ponen. Sin embargo, dentro

.....
¹ En esta investigación se presenta una parte de la realizada para el Máster de Investigación e Intervención Socioeducativa en el contexto escolar y familia Impartido por el Departamento de Psicología Social, Antropología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales, de la Universidad de Málaga. (2007-2009)

del conjunto de actividades dirigidas a satisfacer las necesidades humanas, es posible apreciar que existen diferencias en cuanto a la importancia de que están revestidas unas profesiones con respecto a otras.

Algunas de ellas desarrollan sus actuaciones atendiendo a los aspectos más íntimos de la vida de las personas, lo que reviste a aquellas de una importancia singular, y especialmente delicada, en su cometido. La medicina, la psicología o el derecho se encuentran entre las que poseen este carácter. El Trabajo Social también.

Nuestra profesión, además, aproxima la atención no sólo a aspectos íntimos sino que trabaja, normalmente, con los más desfavorecidos y con los que se hallan bajo diversas condiciones de marginación. Este hecho obliga, sin duda, a una toma de conciencia y a una formulación explícita acerca de las bases éticas sobre las que necesariamente tiene que asentarse el ejercicio de la actividad profesional.

Sin embargo, en Trabajo Social, las cuestiones de índole moral y ética configuran un debate que siempre es nuevo y que, a la vez, hunde sus raíces en la esencia misma de la disciplina. Resulta nuevo porque siempre hay alguien que quiere iniciarlo, que ve la conveniencia de la discusión teórica sobre la materia, que siente la necesidad de profundizar de forma colectiva en aquello que va más allá del dominio de teorías, métodos, técnicas o, en fin, actividades.

A la vez, es un debate antiguo, dado que, desde siempre, se ha querido pensar la profesión desde los principios y valores éticos que la iluminan o que, por lo menos, la envuelven.

Puestas así las cosas, cabe que nos preguntemos en qué medida nos parece relevante, como grupo profesional, las cuestiones de índole moral o ética ¿Creemos que es suficiente, en general, con atender a una aplicación razonable de conocimientos soslayando, si fuera preciso, cuestiones ético-morales? ¿Creemos, quizás, que es posible despreocuparse de la ética y de sus exigencias morales, acomodándonos tan sólo a la aplicación de cualquier técnica suficientemente depurada?

En el caso concreto de trabajo social, profesión que, como hemos señalado, tan directamente incide en aspectos que atañen a la parte más íntima y vulnerable de las personas, nos encontramos que la atención que se dedica al tema es escasa, a pesar de las voces que quieren abrir debates y discusiones ético-morales.

En las revistas especializadas, por ejemplo, la incidencia de materias de esta naturaleza no es relevante. Fuentes Caballero (2004) hace referencia al vaciado de una revista de Trabajo Social editada por la Universidad Complutense de Madrid, en el que se pretendía averiguar cuál era la atención dedicada al tema. Señala Fuentes que se revisaron los números correspondientes a toda una década (de 1990 a 2000) y que de 186 artículos, tan sólo dos están dedicados a la ética profesional (aunque nombren la palabra “ética” o hagan referencias a ella).

No parece, pues, una cuestión que inquiete de manera especial a todos cuantos ejercen esta profesión. Sin embargo, el Trabajo Social es una profesión de valores expresados públicamente, a la vez que reconocidos con la adecuada sanción social de la

comunidad en la que se inscriben. Además, sus intervenciones se mueven en un nivel de complejidad elevado y que aumenta a buen ritmo. Este hecho tendría que ir determinando una creciente conciencia ética y una necesidad de formación en la materia para ser capaces de afrontar cuantos problemas práctico-morales se encuentran en el ejercicio de la actividad profesional. Una actividad que como nos dice Úriz (2007) convierte al Trabajo Social en garantía de los derechos humanos y de la justicia social, entre otros principios fundamentales.

Por lo demás, sabemos que en la vida profesional de los trabajadores sociales aparecen con frecuencia determinados dilemas morales que hacen patente lo complejo de nuestras intervenciones. Estos dilemas obligan a elegir entre dos (o más) posibilidades consideradas como valiosas, lo que implica dejar de lado algún valor o principio depositado en la opción rechazada.

Significa elegir entre opciones, vulnerando por mor de la opción elegida, algún principio tenido por valioso (ej.: tener que elegir entre proteger la autonomía de un cliente o decantarse por su protección. Tal puede ser el caso de una anciana que, perdiendo sus facultades mentales, no quiere ir a una residencia). La dificultad aparece cuando los principios que entran en juego poseen el mismo peso en la consideración del trabajador social. Si ocurre que uno de ellos es considerado más valioso, el dilema no se materializa porque se termina escogiendo la opción que se muestra más adecuada. Pero a veces sucede que dentro de una de las opciones aparece una subdivisión que complica la situación. Siguiendo el caso de la anciana, vamos a suponer que lo que más importa a quien tiene que decidir sobre la situación, es el bienestar de su cliente; en este caso, se trabajaría hacia su ingreso en una residencia. Pero puede ocurrir que lo que parezca mejor sea la defensa de su autonomía. Y aquí aparece la complicación porque en este caso ¿de qué autonomía hablamos? Salcedo (1998) nos hace ver los distintos enfoques de autonomía en los que es posible moverse: ¿"autonomía como respeto a la identidad única de las personas"? (p. 8). Moverse en esta corriente obligaría a favorecer que la anciana permaneciera en su domicilio, aun a sabiendas de que su vida pudiera estar en peligro. Y ello porque esa identidad única le daría a la anciana derecho a elegir si quedarse en su casa o aceptar la opción de traslado. En este caso ¿podría el profesional tomar decisiones morales sin mayores problemas?

También cabría enfocar la "autonomía como independencia" (Salcedo, p. 6), entendiendo por tal la independencia de criterios, de opinión... Aun si la anciana pareciera fuertemente independiente en sus decisiones, el riesgo para su vida seguiría estando presente. Y, por tanto, el dilema también.

Sin embargo, nos muestra Salcedo un nuevo enfoque: el de autonomía "como una competencia psicológica; es decir, como un repertorio de habilidades coordinadas que capacitan a una persona para realizar una actividad" (p. 16). Podríamos pensar que si un trabajador social cualquiera se estuviera moviendo en este último planteamiento, la posibilidad de aparición de dilemas, con respecto a la anciana, sería escasa porque a este concepto de autonomía se le añadiría el principio de bienestar, determinando la necesidad de ingreso de la anciana. Todo ello nos muestra que un profesional claramente convencido, por ejemplo, de que sus clientes deben de llevar las riendas de su vida, en un

momento dado puede tener que enfrentarse a varios caminos o enfoques de actuación contrarios a ello. O el más paternalista quizás vea tambalearse sus certezas por el bien del usuario.

Los conflictos morales que acosan a los trabajadores sociales y que ensombrecen su vida profesional, suelen ser de especial relevancia en cuanto a su impacto en las vidas de los clientes, o su repercusión en las relaciones institucionales del trabajador social, o cualesquiera otras situaciones de tensión o incomodidad que los enfrenta a elegir una opción de entre las posibles.

Se sabe que los dilemas de la práctica profesional son de distinta naturaleza y se relacionan con un conjunto de variables. Pero no se tiene tanta información sobre cuáles son esas variables y dónde está el nexo que puede llegar a unirlas con la dificultad moral de tomar la decisión profesional adecuada. Y así, ante el fenómeno de la aparición de los dilemas, surgen interrogantes que nos llevan al estudio de variados aspectos: ¿son las singularidades institucionales en las que se mueve el profesional las responsables de la aparición de dilemas morales? ¿lo es la relación con el usuario? ¿o con la autoconfianza del trabajador social? ¿Y cuáles son, en fin, los dilemas más comunes de la práctica de intervención? El dar respuesta a interrogantes de esta naturaleza es la razón que justifica el estudio de estas cuestiones. El disponer de información sobre la materia permitirá contribuir a la reflexión colectiva o hacer planteamientos de intervención acordes con la perspectiva ética que nos hace más humanos en nuestras intervenciones.

1.2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

• **Conocer los dilemas morales a que dicen enfrentarse hoy los trabajadores sociales cuando ejercen la actividad profesional de su competencia, así como aquellos aspectos que determinan la aparición de esos dilemas**

Nos encontramos ante un objetivo cuya función es mostrar las distintas parcelas de la intervención social de los trabajadores sociales en las que ellos sienten que se producen dilemas o conflictos morales.

1.3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Se cifiene esta investigación al planteamiento de un trabajo de campo basado en el paradigma cualitativo, dentro de un enfoque metodológico de producción discursiva grupal. Se acude a una técnica en la que cobra su máxima importancia el discurso de los sujetos a través del que se puedan captar los momentos previos a “las representaciones ideológicas, valores, formaciones imaginarias y afectivas, etc., dominantes en un determinado estrato, clase o sociedad global” (Orti, 1993, p. 198), a la vez que podemos, según Alvira (1984, p. 64), “Poner el énfasis en los aspectos subjetivos e interpretativos del propio actor social”

La técnica de investigación elegida para llegar a aprehender esos aspectos previos, está conformada por los grupos triangulares. Es éste un enfoque cualitativo que hoy está

llamando la atención y que se coloca como una técnica intermedia entre las entrevistas abiertas y los grupos de discusión. Orti (1993) viene a decírnoslo cuando señala que “los grupos triangulares constituyen un espacio social y simbólico de mediación entre las entrevistas abiertas personales (más orientadas hacia la expresión/captación de la estructura profunda y simbólica de cada arquetipo de personalidad) y la tradicional práctica de los grupos de discusión. Mediación que tomaría una forma triangular (y de aquí la denominación de grupos triangulares), no sólo porque su tamaño más representativo es el trío... sino sobre todo, por la fuerte copresencia/gravitación de sus tres elementos básicos: a) las personalidades singulares de los tres componentes del grupo; b) los macrogrupos o ideologías sociales de referencia; c) la propia personalidad del sociólogo/sujeto investigador como representante de lo social general, pero ahora menos escondido/amparado bajo la impersonal pantalla del grupo de discusión socializado, bajo la que como es sabido llega a desaparecer por completo” (p. 198).

En los grupos triangulares es menor o desaparece, en parte, la tendencia al consenso que se muestra en los grupos de discusión clásicos. En los triangulares, es el sujeto individual el que emerge, con sus características particulares, es “el yo”, que diría Conde (2008); el individuo responde a la posibilidad máxima de expresión, aspecto que no está tan presente en los grupos que asumen un mayor número de miembros. Pero además, el “yo” camina hacia “el otro/otros”, tratando de incorporarlo en su discurso. Distintos teóricos de la materia señalan, también, que producir un discurso en conjunto es más real que producirlo individualmente, dado nuestro carácter social. De aquí la importancia de la efectividad de técnicas como la de los grupos triangulares que defendemos.

Los sujetos que participan en esta técnica triangular imbrican los elementos de su discurso con las aportaciones de los demás, a la vez que desarrollan ampliamente diversos aspectos diferenciadores, construyendo al final, un discurso en el que se muestra una parte común y otra parte diferenciada. El grupo triangular ocupa con su discurso -según nos señala Conde (2008)-, un espacio inestable entre un “yo narrativo” (espacio del adentro) y el “otro/otros” (espacio del afuera). Lo principal, sin embargo, es que los grupos triangulares poseen la misma característica que encontramos en los demás grupos y que Llopis Goig (2004, p. 35) define con claridad: **“el grupo es activado y articulado para generar discurso en situación de interacción social”**

1.3.1. Participantes

La muestra del estudio la conformaron 9 personas, todas ellas trabajadoras sociales y con un reconocido prestigio dentro de la profesión. Se cuidó especialmente que no se dieran situaciones de preeminencia entre ellas, atendiendo a un rango o estatus igual para todas estas personas. De esta manera, se ha atendido a lo que Llopis señala (2004) de que el discurso de quien participa se toma en consideración y se relaciona con el lugar que ocupa en la estructura social el sujeto que participa en la técnica. Se plantearon tres sesiones de producción grupal que, al contar cada una de ellas con tres sujetos discursivos, hacen un total de nueve participantes. Se considera que este número de grupos proporcionan el mínimo nivel de saturación (Llopis Goig, 2004) en cuanto a no superar el

nivel de información redundante.

De los nueve miembros de los grupos, ocho se encontraban en un intervalo de edad comprendido entre los 40 y los 50 años (el noveno se movía entre los 30 y los 40 años). En la composición de los grupos se contempló también que en ellos estuviera representada la variable sexo con una cierta medida de proporción con la realidad del trabajo social: hubo dos mujeres por cada hombre; en esta misma proporción se buscó que fuera mayoritaria la participación de profesionales con años de experiencia sobre la de aquellos que ejercen desde tiempos recientes. Se atendió, igualmente, a la representación del ámbito público y el ámbito privado de intervención, teniendo en cuenta que en la medida en que se reúnen atributos o características distintas en un mismo grupo (respetando el criterio de homogeneidad), el número total de grupos es menor que en los estudios en los que no se da tal circunstancia (Canales y Peinado, 1995).

1.3.2. Diseño técnico de los grupos triangulares.

1.3.2.1. Procedimiento de recogida de datos

No es posible organizar, con metodología discursiva grupal, una situación perfecta para la aproximación empírica a la realidad social. Sin embargo, ello no debe alejar el interés por este tipo de técnicas cualitativas ya que se obtienen acercamientos, de interés considerable, a los contextos en los que se manifiesta el fenómeno objeto de estudio. Además, coincidimos con Orti (1993) en que el azar puede originar emergentes importantes que no se habían tenido en cuenta. A la vez, no se acaba la aproximación a la realidad con el empleo de la técnica elegida; más bien, se sugiere la utilización de otros acercamientos a lo investigado a través de distintos procedimientos, tanto cualitativos como cuantitativos. Sólo así podríamos disponer de un enfoque amplio y racional.

- Búsqueda y preparación del equipo de moderadores. Una de las primeras labores desarrolladas para la investigación fue la búsqueda y preparación de las personas que habrían de responsabilizarse de llevar a cabo labores de moderación. Se escogió a tres personas –una por cada grupo de discusión- con amplia experiencia en este tipo de trabajos y que, a la vez, eran reconocidas por su capacidad para ilusionarse e implicarse en actividades profesionales; además de su gentileza para asumir un trabajo no remunerado. Se llevaron a cabo tres encuentros entre el equipo de moderadoras y la investigadora, previos todos ellos a la realización de la técnica de los grupos triangulares. Fueron encuentros de información, de debate y de prueba de la técnica.

- Convocatoria de asistentes y comienzo de las sesiones. En cuanto al procedimiento de selección de quienes iban a participar en la técnica de los grupos triangulares, fue la propia investigadora la que determinó a quién dirigirse para que formasen parte de cualquiera de los grupos triangulares, aunque cuidando también de lo que Ibáñez (1993) señala de la utilización de redes relacionales de comunicación (personas cercanas a quien investiga que pueden utilizar sus contactos para solicitar la participación en los grupos triangulares). Efectivamente, dos de los participantes fueron convocados a través de esas redes relacionales.

En cualquier caso, a los convocados tan sólo se les transmitió información general sobre lo que se investigaba, con idea de que sus opiniones y posturas fuesen espontáneas y no prefabricadas (Orti, 1993).

Una vez reunidos para la sesión de grupo, la investigadora cuidó de que las personas convocadas no entrasen en contacto con quien habría de ejercer la moderación, hasta que todos estuviesen presentes. Una vez reunidos todos, la investigadora llevó a cabo las presentaciones y, a partir de ahí, ya se hizo cargo de la sesión la persona que moderaba, señalando a los presentes el lugar que habrían de ocupar en la sala. La moderadora comenzó agradeciendo a todos su asistencia, explicando el objetivo de investigación y señalando su papel de mera directora técnica de la reunión.

Por lo demás, la moderadora tendría en cuenta, en el desarrollo de la sesión, cuantos aspectos se reconocen importantes en la moderación y, por ello, en el desenvolvimiento de cualquier encuentro de grupo (que el grupo no derive hacia otros temas, que un sujeto no monopolice la conversación, que todos participen, que se reformulen las ideas, etc.). El tiempo de duración de las sesiones fue de hora y media, en cada caso.

- *El local.* Se eligió para los encuentros de grupo, un local “neutro”, que no incidía con sus características simbólicas en los sujetos participantes y que no pertenecía al contexto social en el que se desenvuelven los miembros del grupo (Orti, 1993). Fue la sede del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga, la que se eligió para tal fin por disponer del equipamiento necesario para el trabajo grupal, y por la disposición facilitadora de cuantos conforman el colegio.

- *Los instrumentos de recogida de datos.* Se utilizaron como instrumentos un magnetófono y una cámara grabadora, corriendo a cargo de quien moderaba la explicación sobre la necesidad de utilización de estos medios técnicos. A partir del magnetófono, se transcribió el contenido de la reunión y a través de la cámara se recogieron aspectos del lenguaje no verbal; estos poseían la potencia necesaria para “iluminar”, con sus matices, aquellas partes del contenido de los discursos que no quedaban claras en las grabaciones de voz magnetofónicas.

1.3.2.2. Procedimiento de análisis e interpretación de resultados

La primera tarea que se desarrolló, una vez concluidas las sesiones de grupo, fue la transcripción del material grabado. Comenzó este trabajo con la identificación de la persona que hablaba, registrándola con la inicial de su nombre; a partir de ahí se anotaba por escrito el contenido de su discurso, dejando espacios en blanco para las posibles anotaciones de la investigadora. Igualmente, se procedía a marcar aquellas partes del discurso que eran susceptibles de reproducir literalmente en el análisis posterior. La transcripción se llevó a la vez con los dos instrumentos: se escuchaba y anotaba lo que se recogía del magnetófono y se volvía a escuchar lo grabado en cámara, registrando lo que implicaba algún matiz en la forma de expresión del que emitía el discurso o de los otros dos participantes: se atendía, por ejemplo, a los gestos corporales que implicaban

determinación o contundencia (se señalaba este aspecto en la transcripción poniendo signos de admiración), o se anotaba como asentimiento las sonrisas de complicidad o los movimientos de cabeza en señal de afirmación, o se registraba con interrogaciones las miradas del que hablaba en la búsqueda del otro/otros.

Una vez recopilados todos los materiales transcritos, se llevó a cabo una lectura completa de estos y, a continuación, se procedió a realizar resúmenes de cada uno de los tres documentos transcritos (uno por cada sesión). Tras esta operación, se agruparon las aportaciones dadas por los participantes a un mismo aspecto y, a partir de ahí, se procedió al análisis del material resultante.

El análisis se llevó a cabo atendiendo a la identificación de los temas relevantes, a las líneas de opinión destacadas, a las tendencias de criterios y a la extensión, intensidad y frecuencia de opiniones o ideas. Se consideró que un tema era relevante cuando suscitaba inmediatamente el interés de los participantes y estos desarrollaban intervenciones enfáticas y con sus propios ejemplos. Así, se buscaba dentro del material de análisis todo aquello que respondía a estos aspectos y se extraían los “verbatim” (término muy utilizado en este tipo de investigaciones y que viene a ser un párrafo clarificador de aquello de que se habla) más adecuados, plasmándolos en el documento junto con los comentarios que la investigadora aportaba a partir de la observación detallada del material. Las líneas de opinión destacadas eran consideradas así porque se exponían con mucha fuerza, con contundencia en las expresiones (“... me supone unos criterios ético-morales como nunca antes se me habían dado”), procediéndose, entonces de igual manera que para los temas relevantes. Con el resto de los aspectos (extensión, intensidad y frecuencia) se procedió de similar manera.

Todo ello buscaba la comprensión del discurso transicional, ese espacio discursivo en el que, según Conde (2008) se mueven los participantes de este tipo de grupo, yendo del “yo” al “otro/otros” en su aportación grupal.

En cuanto al análisis que se desarrolla a continuación, éste pretende moverse en un continuo que va desde la mera descripción de los datos directos, con ejemplos ilustrativos, hasta la interpretación del significado a partir de la descripción de esos datos; va más allá de la mera clasificación de transcripciones de lo recogido a partir de los grupos triangulares del estudio, buscando la comprensión del fenómeno al que se dirige la investigación.

1.4. DELIMITACIÓN TEMPORAL

El tiempo que se empleó para desarrollar la investigación fue de algo más de cinco meses, repartidos a lo largo del presente año 2009.

II.- RESULTADOS

Quisiéramos iniciar este apartado definitivo en el que ya se trabaja con los resultados, haciendo nuestras las palabras de Krueger (1991, p. 121) en las que señala que este pro-

ceso hacia los resultados de la investigación “implica el tomar en cuenta las palabras, el tono, el contexto, la comunicación no verbal, la consistencia interna de las respuestas, el grado de imprecisión de estas y las grandes ideas básicas”. A ello nos aprestamos, no sin antes exponer algunos aspectos previos. Los nueve participantes mostraron, desde el primer momento, entusiasmo por la tarea, sin que éste decayera a lo largo de las sesiones. Se pudo apreciar en las posturas corporales de inclinación hacia delante; o en el seguimiento de los otros discursos, con sus expresiones de aceptación o rechazo o, simplemente, con la expresión verbal de los llamados “estímulos mínimos” (“ya”, “pues vaya”, etc.) además de con expresiones concretas al final de la sesión, tales como “me ha gustado mucho”, “han salido muchas cositas”, “se me ha hecho muy corto”.

Otro aspecto previo a iniciar el análisis de datos, tiene que ver con los hallazgos relevantes pero ajenos a los objetivos de la investigación. Vienen a ser propuestas de cara a la intervención y, aunque sean cuestiones no conectadas directamente con el objetivo que estudiamos, no parece posible desdeñar su reflejo en este trabajo.

La primera cuestión es la insistencia de los profesionales en “atender al trabajo con la persona”. Se refieren a formarse ampliamente ahí, en la intervención en situaciones especiales, dado que se reconoce el avance legislativo en algunos aspectos de materia delicada (maltrato...) pero no parece producirse –señalan– el mismo avance en la formación sobre esas cuestiones.

También asoma como hallazgo ajeno a los objetivos, el acuerdo entre profesionales sobre “la ley del mínimo daño posible”. Y nos parece relevante lo que señalan los expertos, en cuanto a la intervención, de añadir cosas a los protocolos, con vistas a disminuir la formación de dilemas morales o favorecer su resolución. O promocionar la supervisión, como ayuda ante los dilemas.

Surgieron, también, algunos dilemas relevantes pero no se les podía prestar atención por su carácter teórico. Digamos que, más bien, nos encontrábamos ante problemas teórico-morales. Véase un ejemplo:

“Vamos a poner que todo el mundo estamos de acuerdo en que hay problemas en el absentismo. Pero después todo el mundo compartimos que un niño absentista que está en su casa y está bien atendido, pues no lo vamos a desamparar por mucho que lo diga el psiquiatra. Y eso a mí me plantea dilemas pues es un problema social que tenemos que atajar entre todos: educación, los jueces... Y es un problema que la sociedad tiene sin resolver” (profesional de larga experiencia, hombre, sector público)

En estos aspectos, el grupo de personas participantes compartió, no sólo el espacio de transición que se produce en el grupo triangular, sino también la opinión. Sirva el ejemplo anterior como exponente de algunos otros que se plantearon.

Y sirva como remate, previo también al análisis, el destacar algo con relación a la técnica empleada. Lo interesante de lo que se descubre aquí es que, efectivamente, el discurso de los grupos triangulares se ha movido en ese “momento de tensión entre la expresión de la personalización/individualización y la inscripción/adaptación al discurso

posicional/social de referencia” (Conde, 2009, p. 187). Y ello en el sentido de jugar con hacer suyo ese espacio en el que se imbrica lo social, lo reconocido como referencial, manteniendo a la vez lo íntimo o personalizado: se señalan los aspectos comunes al discurso social de referencia, a la vez que se destaca el modo en cómo se viven los dilemas íntimamente. Consideramos que la técnica empleada cumple una función distinta -e importante- en comparación con la entrevista abierta y con los grupos de discusión por su capacidad para producir socialmente en ese espacio inestable discursivo (Conde, 2008), manteniendo la visión individual.

2.1. EL ANÁLISIS

A la hora de realizar el análisis de la información obtenida, se consideró desde el principio que, ante el cúmulo de datos, era necesario tener siempre presente el objetivo del estudio. Se descartó, pues, el análisis elaborado de datos triviales, aunque sí se consideró de importancia el profundizar en aquellos hallazgos inesperados que se considerasen relevantes.

De los apartados que aparecen a continuación y que se corresponden con los dilemas que los participantes consideraron que están presentes en la intervención profesional, alguno de ellos muestra un buen número de matices, que se reflejan atendiendo a su impacto en los discursos. A la vez, la cantidad de matices nos habla de la importancia de la materia con respecto a la aparición de dilemas morales. Serían:

- A. Cumplimiento de la ley versus intervención adecuada
- B. Qué teoría seguir, ante un caso determinado, cuando nos acercamos a tendencias enfrentadas
- C. Conocimiento profesional frente a los deseos o necesidades de los clientes
- D. Ejercicio de control social sobre los clientes
- E. Las contradicciones de la administración
- F. Los matices del secreto profesional
- G. Los dilemas en la relación con los compañeros
- H. La influencia de los prejuicios sobre el cliente en la formación de dilemas
- I. La “Ley de Dependencia” y su prioridad absoluta de gestión
- J. Conocimiento del código deontológico en la formación de dilemas
- K. La experiencia en la formación de dilemas

A continuación se procede a desggranar cada uno de estos dilemas aparecidos en la técnica del grupo triangular.

A. Cumplimiento de la ley versus intervención adecuada. Este fue el primero de los dilemas aparecido y puede considerarse que fue también el de mayor relevancia, si atendemos al interés que mostraban los presentes, así como el énfasis que ponían en las

intervenciones. Los participantes en los grupos triangulares consideran que cumplir la ley les supone, en muchas ocasiones, enfrentarse a dilemas morales. Se ven obligados a elegir entre proteger al usuario o infringir la ley. Y se preguntan: ¿qué es antes, cumplir la norma o hacer realmente tu trabajo? Obsérvese que en esa pregunta están contenidos dos valores de importancia, lo que sugiere un significado especial de esos aspectos, para los que participaban. Creemos que cabe aproximarse a la posible interpretación de que van a surgir dilemas morales cuando hagan acto de presencia dos valores: el de querer sujetarse a las normas legales y el de querer desarrollar la intervención que la sociedad espera de estos profesionales.

Los participantes coinciden en que cumplir las normas legales de forma estricta supone dilemas morales porque consideran que el tiempo o el momento de ese cumplimiento pueden ser claves en la protección de sus clientes, debido al nivel de desarrollo en que se encuentra la intervención. Pero “oigamos” sus discursos:

“¿En qué momento tengo que hacer un parte de maltrato o en qué momento tengo que esperar a que sea la señora la que realmente diga que le vamos a hacer el parte al hombre? Entonces el tema es: vale, sí, tengo que dar parte ¿pero cuándo, en qué momento?” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

“Es que la duda es eso, en qué momento lo haces ¿en el momento en que te enteras del caso?” (profesional de experiencia media, mujer, sector privado)

O, sencillamente, también se vive como un dilema, en esta materia de lo legal, el tener que denunciar y descubrir a alguien. Hay acuerdo generalizado en que “es muy duro” informar sobre la evolución de un usuario para que un juez determine alguna mediada:

“... que tu sabes que la decisión no es tuya porque al final el que decide es un juez, pero es complicado sentarte y decir: a ver, qué decimos de esta mujer ¿ha evolucionado como para recomendar la vuelta del menor con ella?” (profesional de experiencia media, mujer, sector privado)

O también es complicado el ocultar datos, transformándose un problema en un dilema:

“Si no tiene la tarjeta sanitaria le van a pasar la factura ¿le hago la solicitud con fecha de ayer para ver si...? Es una ilegalidad pero sino, le van a pasar factura” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

“Porque la ley es muy importante y muy válida pero ¿qué hacemos con eso? Eso es una pasada” (profesional de larga experiencia, hombre, del sector privado)

Y se aprecia, en definitiva, que las directrices o normas institucionales originan dilemas. Son varios los que manifiestan dificultades morales en lo que atañe a sus relaciones institucionales porque, o te ciñes a lo que se espera de ti que hagas, o te ves obligado a enfrentarte a todo y a todos:

“A mí me pidieron un informe social de vivienda para una persona que vive en la calle. (...) Yo, después de estudiar el caso, entiendo que no está la señora para vivir sola en la vivienda porque no tiene capacidad. Y hago un informe negativo. Bueno,

pues tuve un rapapolvo increíble” (profesional de larga experiencia, mujer, del sector público)

“Yo, a veces, me encuentro con la historia de un bien mayor, en esto de los dilemas institucionales” (profesional de larga experiencia, hombre, del sector público)

“A mí me supone esto un dilema, es decir, si hago esto, estoy dando de comer a ideologías o a planteamientos que no son exactamente los que yo entiendo” (profesional de larga experiencia, hombre, del sector privado)

Se descubre, a continuación, al “yo” viajando hacia la búsqueda del “otro/otros”, en su manera de exponer sus dilemas con el ámbito institucional. Y hay encuentros y desencuentros:

“Pero que yo creo que los trabajadores sociales siempre tenemos que tener una función crítica. Hasta donde podamos, evidentemente; porque si tú estás en una asociación y te contrata un presidente y depende tu puesto de trabajo de eso, verás” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

Los demás: “Sí, sí, está claro”. “Sí, como que voy yo a jugarme el puesto de trabajo, vaya”

“Venga, yo tengo un puesto de trabajo; yo hago lo que me pidan” (profesional de larga experiencia, hombre, sector público)

“A mí no me preocupa (se refiere a que vayan a surgir dilemas por el mandato institucional) porque yo lo primero que hago es: `déjame tiempo, que yo vea, que yo me equivoque o no me equivoque, pero dando opción a que yo hable con sus vecinos, a que yo vaya con un mínimo de tranquilidad, que use una herramienta profesional...” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

No obstante lo anterior, se escuchan voces en las que se percibe que el mandato institucional es comprendido, quedando fuera, por tanto, la posibilidad de aparición de conflictos morales: se asume lo que se les pide institucionalmente y no hay dilema. Pero ha de quedar salvado que la seguridad en el puesto de trabajo determina siempre la forma de enfocar el tema.

“Es que muchas veces la institución tiene ciertos compromisos, ciertas cosas; y de una manera muy sutil, a veces, te dice: esto es necesario que se consiga” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

“Ahí veo un poco los conflictos entre los intereses de la institución –la institución presionada, a su vez, por otras instituciones externas- que lo que quería...” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

B. Qué teoría seguir, ante un caso determinado, cuando nos acercamos a tendencias encontradas. Surge un segundo dilema entre los participantes que, aún suscitando discusión, no parece producir el mismo impacto emocional entre los participantes: se ríen, hacen bromas con el tema, pero no se muestran igual de afectados que parecían estar

cuando se hablaba de normas. Y aquí, sin embargo, sigue estando presente el valor relacionado con hacer bien el trabajo. La diferencia parece ocultarse tras el hecho de que, aun conociendo lo que hay que hacer, cuando existen normas al respecto se tienen las manos atadas, mientras que si no se tiene claro cuál es el camino, éste se puede buscar y encontrar. Este segundo dilema lo define uno de los expertos como la cuestión de “los modelos teóricos contrapuestos”. Se refiere este participante a que cuando se trabaja un caso, se intenta tener en cuenta las teorías que hacen al tema. Y ello origina dilemas importantes porque no se sabe con cuál enfoque ha de quedarse, a cuál hay que prestarle mayor atención.

“Y hay muchas veces que tú dices: en este caso ¿cuál planteamiento seguimos? Te vas a un sitio y te dicen que un medio buen padre es mejor que un no padre... Yo al final no sé quién tiene razón en eso” (profesional de larga experiencia, hombre, del sector privado)

“Y una teoría te dice una cosa y otra te dice lo contrario. ¿Y ahora que dices, lo que decías antes o lo que decías después?” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

Ante este dilema que comentamos, quisiéramos dejar constancia de que ha sido el ambiente emocional mostrado por los participantes el que ha sugerido distinto rango a la hora de determinar si el dilema era relevante. No lo era pero sí que se percibía una tendencia de criterios común. Hubo interés, hubo calor en los discursos y detalles en sus exposiciones pero no estaba presente la seriedad que se le suele dar a algo que resulta doloroso.

C. Conocimiento profesional frente a los deseos o necesidades de los clientes. Este es el tercero de los dilemas que señalan los participantes. Hay situaciones en las que no interviene ninguna norma legal que justifique una determinada actuación profesional, pero toma cuerpo un cierto criterio profesional acerca de la medida más adecuada para solventar el caso de que se trate. Sin embargo, el usuario afectado manifiesta deseos que chocan con las disposiciones del trabajador social. Ello origina dilemas que, en ocasiones, ni la experiencia puede evitar. Parece ser que el inclinarse por una de las dos opciones del dilema tiene mucho que ver con algo señalado anteriormente: con el conjunto de principios y valores que tenga asumidos el profesional que interviene.

“Él vive encerrado ahí (una cochera) y entra cuando le da la gana (quien participa está hablando de una persona de 85 años, con la casa sucia y maloliente). Se le ha ofrecido todo tipo de recursos posibles pero no quiere nada; él se alimenta, pero dice que es su vida, que vive como quiere y que no le hace mal a nadie y ya está. (...) El señor, oye, hablas con él y es un señor estupendo; te responde perfectamente, coherente en todas sus conversaciones...” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

En este caso, el profesional siente incomodidad porque ha de elegir entre el bienestar del usuario y su autonomía. Sin embargo, en el encuentro transicional de esta investiga-

ción, nos encontramos con un planteamiento en el que se observa que no da origen a este tipo de conflictos el hecho de que se mueva el profesional en un enfoque de autonomía antipaternalista: la “autonomía como respeto a la identidad única de las personas” (Salcedo, 1998, p. 8). Se entiende desde este enfoque que ha de primar el deseo del cliente.

“Verás, yo recuerdo a un hombre que tenía todos los huecos de la ventana llenos de “cedés”... Pero allí no había ningún problema de salubridad. Si no hay algo de salud pública que salga por los sumideros o moleste a alguien, pues... esa es la vida del hombre. Verás, yo no me considero nadie para sacarlo... siempre que no haya un problema de salud pública” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

D. Ejercer el control social sobre los clientes. Aparece un nuevo dilema entre los participantes: el que se relaciona con el control social que se espera que ejerzan los trabajadores sociales en determinadas ocasiones. Provoca esta función de control un fuerte malestar en alguno de los participantes. Asoma así, de nuevo, uno de los dilemas teórico-morales más importantes en el trabajo social (convertido en dilema práctico-moral): el bienestar del cliente enfrentado a la autonomía de éste, pero aquí ya se nos muestra esta autonomía con una nueva faceta, la que para Damián Salcedo (1998, p. 6) es “autonomía como independencia” (hay autonomía cuando el usuario es libre e independiente en sus criterios). Los participantes sienten malestar cuando se ven obligados a imponer alguna actuación a sus clientes o cuando tienen que controlarlos.

“Y entonces la institución nos pide a nosotros como que le demos el cante, que le...; y a mí eso me da mucha angustia; el tema del control social, el tema de ser yo la controladora, la que te regañe” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

“O exagerar una de las consecuencias negativas (que tiene tal cosa) para que te escuche un poquito más el cliente” (profesional de larga experiencia, hombre, del sector privado)

“Mi compi me decía: Es que yo, a alguien que viene a hacerse un test de VIH y que debe estar un poco preocupado ¿cómo me voy a poner a regañarle?” (profesional de experiencia media, mujer, sector privado)

“A mí lo que me molesta mucho es la doble función que nosotros ejercemos constantemente: de control social y de desarrollo” (profesional de larga experiencia, hombre, del sector público)

E. Las contradicciones de la administración. Nos asomamos a un dilema singular planteado por los participantes: el que se produce cuando atendiendo a un usuario de la administración se le tienen que proporcionar herramientas para que se defienda en el sistema. Un participante muestra su perplejidad cuando le ocurre:

“Por un lado, creo que los tengo que encajar (se refiere a los usuarios) en un sistema que funciona de determinada forma; encauzarlos para que puedan ir moviéndose por ese camino. Y por otro lado, también a veces, creo que les tengo que dar como herramientas para que se salgan del sistema; y tú dices: si está en el sistema ¿cómo le voy a dar herramientas para que salga? Entonces ¿esto de qué va?” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

Es muy parecida a la anterior aquella situación que origina la necesidad de ingreso institucional, pero, realmente, el profesional no cree en las bondades de esa medida.

“Ahí el dilema que se sigue, diría yo, no es tanto meterlo en la institución (se refiere a un menor) sino creer en que el sitio en que tú estás trabajando te sirve para algo. Es como un conductor de autobús. Todos los días subo gente y la puerta está rota y cada día hay uno que se despeña. Es creer en el sistema como para eso. Es decir, tú tienes que valorar el mal menor” (profesional de larga experiencia, hombre, sector público)

F. Los matices del secreto profesional. Veamos este nuevo dilema sugerido. En el espacio transicional, con respecto a esta cuestión del secreto, parece que la dificultad, el dilema, no reside en desvelar información a extraños sino, precisamente, a otros profesionales. Y no tanto por el acto de revelar como por el de la medida en que algo se revela. ¿Entre cuánta gente se puede compartir el secreto profesional? ¿entre el equipo? ¿con los servicios sociales? ¿con los demás profesionales? Y ¿dar todos los datos o dar algunos? Se barajan en el discurso todas estas cuestiones y entra, además, un nuevo aspecto relacionado con el secreto: alguien espera –en este caso, desde la policía– que hables del caso por teléfono. Con respecto a los participantes, hay un amplio acuerdo en cuanto al carácter sensible de la materia.

“¿Hasta dónde digo y cómo lo digo? Y el equipo, a veces, deja mucho que desear, porque no todo el mundo... Porque luego, a la hora de las historias de pasillo, se entera todo el mundo (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

“Cómo los profesionales van a ser profesionales. Me refiero a discretos: si van a hacer la investigación teniendo siempre en cuenta el riesgo que corre la víctima en...” (profesional de experiencia media, mujer, sector privado)

“Bueno, pues me llaman de la policía para pedirme que me pronuncie. Entonces, claro, la policía quería que yo me pronunciara. Y yo: que no”

G. Los dilemas en la relación con los compañeros. Surge un nuevo aspecto. Se sabe que hay dilemas con otros compañeros, trabajadores sociales o no. Es el momento de acercar la atención a lo que dicen en sus discursos los participantes de las sesiones de grupo: ¿hay seguridad en el rol profesional? ¿se acepta lo que les dicen otros profesionales? ¿se inhiben ante la falta de profesionalidad de estos?

Aunque se aprecia en el tono discursivo general que la seguridad en el rol profesional

protege de dilemas con otros compañeros...

“Pero ¿de qué estás hablando? ¿Estás chalado? Tendré que hablar con el usuario, tendré que valorar la situación, tendré que estudiar; y veremos a ver si la salida es una residencia o es otra cosa” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

“Que desde las instituciones te piden participación en un documento, vale. Pues yo colaboro; estupendo. Ahora cuando te llega el documento y dice cosas que no son, ¡yo lo digo!. Me ha costado hasta casi una amistad...” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

“Los trabajadores sociales en salud chocamos mucho con otros profesionales. Sobre todo, cuando te dicen: este hombre no puede seguir así y tienes que llevártelo a una residencia” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

“Es curioso ¿eh? Los compañeros (el psicólogo, el psiquiatra...) vienen y te dicen lo que tienes que hacer tú. Al final, cuando me dicen ‘haz esto’ y no coincide con lo que yo valoro de lo que hay que hacer... Estoy en continua discusión; pero no conmigo, que lo tengo muy claro, integrado” (profesional de larga experiencia, mujer, sector privado)

“La inseguridad es algo que yo creo que está superado” (profesional de larga experiencia, hombre, sector público)

... también se percibe al “yo” con su propia realidad en el afrontamiento de esos dilemas:

“La verdad es que para mí es un dilema ¿Le digo a esta persona que gastarse 600 euros en un pasacalles, en un día, para televisión, en lugar de hacer cuatro talleres más, es una inmoralidad? Para mí es...” (profesional de larga experiencia, hombre, del sector privado)

“Para mi esta persona, desde mi criterio personal y profesional, es que ha perdido el norte en cuanto a que hay que hacer el trabajo con las personas (...). Mi dilema está en ese momento: qué hago, digo sí, sí, sí y no lo hago, o digo sí, sí, y lo hago y entonces estoy en contra de lo que yo quiero... Le digo que no hago eso y entonces rompo una posibilidad de coordinación...” (profesional de larga experiencia, hombre, del sector privado)

Es de destacar el acuerdo en el discurso de dos de los participantes sobre la relación con compañeros de otras entidades, en materia de drogodependencia y de salud mental. Hay acuerdo en cuanto a que desde estas dos instancias, se les menosprecia pero no queda claro qué tipo de dilemas deontológicos (quizás sí los de tipo personal) origina tal relación.

Y hay un “yo”, con insistencia en llegar al “otro/otros”, al que la relación con otros profesionales le indica que todavía persiste una devaluación de nuestro trabajo entre los compañeros de otras disciplinas; sin que ello signifique dilemas para los trabajadores sociales; tan sólo tener que soportar injerencias en la intervención.

“Mis mayores problemas y dilemas fueron con estos profesionales, no tanto con usuarios. Te tienes que morder la lengua mucho. Y tienes el dilema de decir: ¿le suelto lo que me viene al cuerpo soltarle o no lo suelto por el bien de la usuaria?” (profesional de experiencia media, mujer, sector privado)

“Seguro que yo digo blanco y ellos dicen negro; o al revés” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

“Yo recuerdo un caso de maltrato de un hijo hacia su madre. Fue enfermería a la baja y enfermería rápidamente vio: ‘aquí hay maltrato’. Bueno, yo era alucinada porque ni dejaba hablar a nadie ni exponer las herramientas nuestras para ver si había maltrato o no” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

En cualquier caso, la inseguridad profesional parece haber sido superada.

H. La influencia de los prejuicios sobre el cliente en la formación de dilemas. Se hace referencia desde los participantes al efecto que provoca en los profesionales del trabajo social los juicios previos. Con frecuencia, los profesionales reciben y emiten comentarios sobre los usuarios, lo que puede originar en los trabajadores sociales una cierta predisposición o un prejuicio acerca del cliente con el que tienen que intervenir.

Parece deducirse de los comentarios al respecto, que si se es consciente de la situación, se le pueden plantear dilemas al sujeto.

“Ahí sí que hay un dilema en cómo tratar, si con el juicio que tú tienes anterior (a conocerlo) o con el tipo de relación que tú quieres establecer desde la base con esa persona” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

“Hasta qué punto me dejo concienciar o dejo que me influya lo que me han dicho respecto a la relación que yo voy a tener” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

Pero un “yo” emerge con fuerza y con independencia:

“Lo que pasa es que cuando una compañera te dice ‘ten cuidado’, a ver si me pongo, a mi edad, a usar un prejuicio. A mí me gusta mucho el cuento de caperucita roja desde el punto de vista del lobo. Es la moraleja de escuchar a las dos partes”

I. La Ley de Dependencia (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia) y su prioridad absoluta de gestionar. Otro dilema: a los trabajadores sociales se les están presentando situaciones con la nueva “ley de dependencia” donde tienen que resolver de forma rápida los casos innumerables a los que hay que atender. Los participantes opinan al respecto que les supone dilemas el tener que decidirse entre actuar rápidamente o dedicar el tiempo suficiente a cada caso. Incluso supone para un participante...

“... unos criterios ético-morales como nunca antes se me habían dado (...) Yo no discuto la necesidad de gestionar recursos; lo he hecho siempre. Pero eso es una cosa

y otra cosa es que el 90% de nuestro tiempo esté dedicado a eso, porque entonces nos falta tiempo para la relación” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

“Con un procedimiento administrativo de corre, corre que te pilló; y vienen y vienen cada vez más visitas; y un estrés profesional tremendo” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

Hay depositado un énfasis enorme en esta cuestión, lo que la convierte en una línea de opinión destacada. Y ello porque, precisamente, también se reconoce que no todo el mundo lo vive de la misma manera, y que hay gente que se adapta o no se implica. O que, sencillamente, lo enfoca de otra forma.

“Yo siento que los recursos son escasos por lo que tenemos que ser eficaces, para que esos pocos recursos valgan para las grandes demandas que tenemos; y tenemos que hacerlos eficaces y reservarnos un espacio de tiempo para seguir haciendo lo que es el contenido fuerte de nuestro trabajo” (profesional de larga experiencia, hombre, sector público)

J. Conocimiento del código deontológico en la formación de dilemas. Además de todo lo anterior, se abrió debate acerca de la relación entre tomar decisiones morales con conocer y aplicar el código deontológico, yendo varias de sus respuestas hacia un desconocimiento de la materia, en general, sin que eso determinase dilemas concretos (algo así como: si no se sabe, tampoco se sabe que no se sabe).

“Yo creo que los profesionales lo conocemos poquito”

Sin embargo, hacen referencia a determinados principios interiorizados que sí que originan dilemas. Como si la interiorización fuera la consecuencia:

“Verás, hay principios que tú los mamas cuando estás estudiando, por ejemplo, el principio de autodeterminación. Y lo digo al hilo de que es otro de los dilemas que a nosotros nos surgen en el campo de la salud” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

K. La experiencia en la formación de dilemas. Finalizamos con las aportaciones a un último aspecto sobre el papel que juega la experiencia en la formación de dilemas morales. El análisis de esta cuestión nos indica que la experiencia no se comporta como una barrera total ante los dilemas pero sí que parece ser algo valioso para librarse de ellos.

“Pero la experiencia no vale para todos (los dilemas)” (profesional de larga experiencia, hombre, sector privado)

“No vale para todos y además, aunque sean similares (los casos), nunca son iguales; entonces no te sirven los anteriores para decir: pues ahora lo hago...” (profesional de experiencia media, mujer, sector privado)

“El tener tablas te da mucha seguridad por eso, porque dices: es que yo por aquí

ya he pasado y yo antes esto lo he vivido de esta manera y me ha ido bien o me ha ido mal” (profesional de larga experiencia, mujer, sector público)

“Creo que el dilema se plantea (aunque se tenga experiencia). Lo que puede cambiar son las estrategias que tú utilizas; o que por tu experiencia lo hayas visto antes; o utilizas otros medios para arreglar el tema: darle la vuelta... Son las habilidades. Depende de la experiencia”

2.2. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Tras el análisis de resultados, nos proponemos mostrar las conclusiones que nos ofrecen esos datos. Algunos de estos dilemas responden a lo que se estimaba que podía aparecer, a la vez que otros emergen con fuerza propia. Es singular, no obstante, la cantidad de matices que están presentes en varios de ellos. Este hecho lo consideramos de especial significación, sugiriéndonos la necesidad de profundizar, en concreto, en esos dilemas especiales.

Aparece de forma destacada lo que podríamos considerar como el primero de los dilemas morales relevantes, teniendo en cuenta la producción discursiva de quienes participaron en esta investigación y el énfasis puesto en ella. Se trata del enfrentamiento entre el cumplimiento de la ley (o las normas institucionales-legales) y el deseo de intervenir eficazmente.

Lo que se muestra es que el sujetarse a las normas legales obliga a los profesionales a no tomar en consideración la importancia que puede tener el tiempo o el momento en que se ejecuta la norma legal; considerándose el tiempo como factor que introduce cambios en el devenir del fenómeno.

Tampoco pueden sustraerse los profesionales a la denuncia de determinados hechos –aun a riesgo de interrumpir la marcha de la intervención- ni pueden dejar de informar sobre aspectos que atañen a la intimidad de los sujetos, con el consiguiente perjuicio para el bienestar de estos usuarios. La institución, además, impone normas para las que no siempre encuentran salida si su puesto de trabajo como profesionales depende de que las acaten o no.

Aparece un aspecto que se refiere al conflicto de tener que elegir entre teorías contrapuestas. Se vive como un dilema el tener que elegir, para la resolución de un caso, entre dos enfoques teóricos que defienden posturas contrarias, dejando al profesional con el interrogante de cuál será la mejor. El énfasis depositado en este dilema es menor que con respecto al anterior, lo que sugiere menor preocupación frente a él.

Con respecto al choque entre el conocimiento profesional y los deseos del cliente, nos encontramos que hay divergencias entre los “yo”: a unos los acosa el tener que elegir entre los principios y valores que poseen y a otros no les resulta dilemática la cuestión porque disponen de un principio cuyo rango determina a los demás. Se deduce, entonces, que el impacto es variable.

Otro dilema mostrado nos parece relevante por el impacto emocional que provoca

en alguno de los participantes. Se vive desde algún “yo” con intensidad y malestar y hace referencia a ejercer control social sobre los clientes del Trabajo Social. Se percibe que el concepto de autonomía como independencia emerge en los que muestran malestar.

Un nuevo dilema asoma también “a su aire” y se refiere a las contradicciones de la administración. Alguno de los profesionales manifiesta un malestar intenso por tener que tomar decisiones, en materia sensible, cuando son conscientes de las limitaciones de la propia institución para ofrecer soluciones adecuadas.

Y hace su aparición algo que se esperaba, pero que no se contemplaba específicamente su estudio, dado que suponía una parte muy significativa del código deontológico y, por tanto, habría de mostrarse solo. Se trata del dilema planteado por los participantes que tiene que ver con los matices del secreto profesional. Efectivamente, este dilema emerge con fuerza, pero no porque no se distinga si la materia es confidencial o no; surge por la cantidad de matices que ofrece la cuestión: el momento a la hora de desvelar información, cuánta y cómo ofrecerla, a cuántos, a cuáles,... Se vive esta cuestión muy desde lo personal y muy en la búsqueda del “otro/otros”, además de que se vive intensamente.

Con respecto a la relación con los compañeros, una buena parte de los expertos parece coincidir en que no se producen los dilemas porque la autoconfianza de los trabajadores sociales los protege de tales; aunque también se refieren situaciones personales y concretas que los originan. Lo que evidencian, además, los discursos es un fuerte malestar por las injerencias de profesionales de distintas disciplinas, ajenas al Trabajo Social. Pero esta cuestión, más que relacionada con dilemas, se relaciona con problemas distintos a tener que elegir entre opciones.

Vayamos a otro de los apartados que indicaron los participantes; se trata de la influencia de los prejuicios sobre el cliente, en la formación de dilemas. Algún participante señala que cuando se conoce esa influencia, se originan más dilemas porque el sujeto se cuestiona si debe atender a lo que le han dicho sobre el cliente o debe partir de cero cuando se inicia la relación con él.

Veamos ahora la influencia que ejerce sobre los dilemas la conocida como “ley de dependencia” y su prioridad absoluta de gestión. Alguna voz se eleva con fuerza inusitada sobre ello. Y se señala que obliga a cuestionarse si hay que ceñirse a las prioridades de la ley o hay que hacer el trabajo de forma adecuada. No resta fuerza a este planteamiento alguna otra voz que señala que se trata de enfocarlo de otra manera o de no implicarse.

Se debate sobre dos aspectos más, quedando estos en equilibrio con respecto a la aparición de dilemas: la formación deontológica favorece su aparición pero si no se posee no hay tales. La experiencia, por su parte, protege de dilemas, pero no del todo.

Llegados a este punto, destacaríamos para la discusión el hallazgo que a nuestro parecer es relevante: la dificultad que les supone a los trabajadores sociales atender al cumplimiento de la ley en detrimento de la calidad de las intervenciones que han de llevar a cabo. Ese cumplimiento exige atención inmediata, lo que frustra el alcance de resultados marcados por el tiempo; es decir, el conseguir cambios notables en la vida de los sujetos

no es posible si no se dispone del tiempo necesario. Proponemos una línea de investigación que pueda determinar cuáles serían los mecanismos de control de estas situaciones. Aventuramos, al respecto, que cuando intervienen normas de especial impacto en las vidas de los sujetos, las discusiones y decisiones de equipo podrían reducir los dilemas de los trabajadores sociales en esta materia.

No llama la atención la relación que se establece entre la interiorización de determinados principios éticos y la aparición de dilemas morales. Este resultado sugiere en quien presenta este trabajo una contradicción: deseos de proliferación de este tipo de conflictos, habida cuenta de que el hecho de tenerlos significa que se posee una conciencia ética. En cualquier caso, apuntamos hacia la conquista de una mayor formación en lo que se refiere al código deontológico de la profesión de Trabajo Social.

Otra línea de investigación que quisiéramos sugerir tiene que ver con la “Ley de Dependencia”. Se adivina “un mar de fondo” con relación a los dilemas morales ¿Se han acomodado los profesionales a las urgencias de esta ley? ¿se sienten zarandeados por el dilema de escoger entre hacerlo bien o hacerlo rápido? Proponemos una mirada en esta línea.

Quisiéramos ofrecer a debate la realidad institucional de escasez de recursos o imposibilidad de ofrecer soluciones adecuadas, ante la necesidad profesional de brindar respuestas a quienes requieren de sus servicios. Tal situación desencadena los consiguientes dilemas en los profesionales. Entendiendo que es una situación de difícil remedio, quizás introduciría alguna mejora en las cuestiones dilemáticas la discusión del problema desde todo ámbito: académico, profesional, institucional...

Por último, quisiéramos poner el énfasis en una cuestión de las que denominábamos de muchos matices: el secreto profesional. Aparentemente, parecería que el asunto es diáfano: no se puede desvelar lo conocido por el ejercicio profesional. Pero se descubren tantas tonalidades alrededor de esta norma deontológica, que se genera desconcierto ¿por qué aparecen tantas dudas sobre la materia, siendo como es ésta, de carácter sensible? Proponemos, para cerrar este trabajo, facilitar investigaciones que atiendan a los dilemas que se originan alrededor del secreto profesional.

III.- BIBLIOGRAFÍA

- ALVIRA MARTÍN, F. (1984). “La investigación sociológica” en DEL CAMPO, S. (comp.). Tratado de sociología. Madrid: Taurus

- ASAMBLEA GENERAL DE COLEGIOS DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES (1999). *Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales

- ASAMBLEA GENERAL DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES (2004). *La Ética en el Trabajo Social. Declaración de Principios*. Adelaida (Australia): Federación Internacional de Trabajadores Sociales

- BALLESTERO IZQUIERDO, A. (2006). *Dilemas Éticos en Trabajo Social*. Pamplona: EUNATE
- BANKS, S. (1997). *Ética y valores en el Trabajo Social*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
- CALLEJO, J. (2001). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel
- CANALES, M. y PEINADO, A. (1995). “El grupo de discusión”, en DELGADO, J. M. y GUTIÉRREZ, J. (coords.) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis
- CANIMAS BRUGUÉ, J. (2006). “La ética aplicada a la intervención social” en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 73. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social
- CONDE GUTIÉRREZ DEL ÁLAMO (2008) “Los grupos triangulares como espacios transicionales para la producción discursiva: un estudio sobre la vivienda en Huelva” en GORDO LÓPEZ Y SERRANO PASCUAL (coords.) *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson Prentice Hall
- FUENTES CABALLERO, M. T.
- (2001). “Abordar El conflicto moral. De la inteligencia ética personal a la inteligencia ética compartida” en *Educación Social*, nº 17. Barcelona: EUES Pere Tarrés
 - (2004) “Los conflictos éticos en la práctica de los trabajadores sociales. Una experiencia de sistematización”, en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, nº 68. Madrid: Consejo Gral. De Colegios Oficiales de Trabajo Social y Servicios Sociales
- GORDO LÓPEZ Y SERRANO PASCUAL (coords.) (2009). *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Madrid: Pearson Prentice Hall
- HUICI CASAL, C. y MORALES DOMÍNGUEZ, J. F. (directs.) (2004). *Psicología de grupos II. Métodos, Técnicas y Aplicaciones*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia
- IBÁÑEZ, J. (1993). “Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión”, en GARCÍA FERRANDO, M.; IBÁÑEZ, J. Y ALVIRA, F. (comp.): *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid: Alianza Editorial
- KRUEGER, R. A. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide
- LLOPIS GOIG, R. (2004). *El grupo de discusión. Manual de aplicación a la investigación social, comercial y comunicativa*. Pozuelo de Alarcón (Madrid): ESIC
- ORTI, A. (1993) “La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo”, en GARCÍA FERRANDO, M.; IBÁÑEZ, J. Y ALVIRA, F. (comp.): *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid: Alianza Editorial

- PALACIOS ESTEBAN, J. E. “Inclusión y exclusión. Las coordenadas éticas de la intervención social” en *Documentos de Trabajo Social*, números 43-44. Málaga: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social

- ROLDÁN GARCÍA, E. (1998). “Los grupos de discusión en la investigación en Trabajo Social”, en *Cuadernos de Trabajo Social*, nº 11. Madrid: Universidad Complutense de Madrid

- SALCEDO MEGALES, D.

- 1998 *Autonomía y Bienestar. La Ética del Trabajo Social*. Granada: Comares
- 1999 (compilador). *Los valores en la práctica del Trabajo Social*. Madrid: Narcea

- ÚRIZ PEMÁN, M. J. (2008). “Dilemas éticos que se plantean en la práctica diaria del trabajo social” en BERASALUCE CORREA, A. y OVEJAS LARA, M. R. (coords.). *I Jornada de Trabajo Social: Una mirada ética a la profesión*

- VILAR, J. (2001). “La ética en la práctica cotidiana de las profesiones sociales” en *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, nº 17. Barcelona: EUES Pere Tarrés

XIV Premio Científico

Año 2010

1.- Premio Investigación en el ámbito del Trabajo Social: Nuevos perfiles de personas sin hogar en la ciudad de Barcelona.

María Virginia Matulic Domandzic

Diplomada en Trabajo Social,
profesora titular del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales,
Universidad de Barcelona

2.- Premio Teoría y Práctica del Trabajo Social: El Urbanismo como instrumento de Transformación Social “Área de Santa Adela”. Metodología de Intervención.

María Guadalupe Plaza Mohand

Trabajadora Social de la Empresa Municipal de
Vivienda y Suelo del Ayuntamiento de Granada

María Isabel Maldonado Muñoz

Mediadora intercultural de la Empresa Municipal de
Vivienda y Suelo del Ayuntamiento de Granada

Nuevos perfiles de personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: un reto pendiente de los servicios sociales de proximidad

María Virginia Matulic Domandzic

Diplomada en Trabajo Social, profesora titular del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad de Barcelona

Resumen

Este documento es el resultado de la investigación realizada en la ciudad de Barcelona sobre el cambio de perfiles de las personas sin hogar. El fenómeno de las personas sin hogar representa el paradigma de la desigualdad social en las sociedades modernas. Los efectos de la economía global y las transformaciones producidas a finales del siglo pasado han generado nuevos espacios de exclusión social debido a tres grandes procesos: los impactos que ha tenido la economía postindustrial sobre la ocupación, la transición hacia una estructura social mucho más compleja y fragmentada; y la diversificación de nuevas formas de vida y de convivencia familiar. Las fronteras de la exclusión social son hoy altamente permeables, móviles y fluidas (Bauman, 2000) y, como señalan algunos autores, sus riesgos son cada vez más amplios (Beck, 2002).

Los factores que inciden en el proceso de desvinculación social de las personas parten de una combinación y asociación de elementos individuales y estructurales más amplios que necesitan de una mirada micro y macro social del fenómeno.

Esta investigación de carácter cualitativo pretende visualizar y profundizar en los factores de exclusión social a través de las entrevistas realizadas a personas sin hogar alojadas en uno de los centros de acogida de la ciudad. Esta aproximación nos facilitará un análisis más detallado de los factores de exclusión social que están ocurriendo en las personas y de los retos que se les presentan a los servicios sociales de proximidad de la ciudad de Barcelona.

Palabras Claves

Nuevos perfiles de personas sin hogar, exclusión social, servicios sociales de proximidad

Agradecimientos

En esta investigación no hubiera podido llevarse a cabo sin la colaboración de los profesionales de la Red de Personas sin Hogar del Ayuntamiento de Barcelona y de la entidad PROGRESS. Mi agradecimiento a Carme Fortea, Carles Cabré, Albert García, Antonio García, Ana Domingo, Laura, Cristina, Xavi y Virgili.

También quería agradecer a todas las personas entrevistadas que se han prestado amablemente a colaborar en esta investigación, facilitando de esta forma la posibilidad de hacer visible tantas historias invisibles que cada día están presentes en nuestras ciudades.

Introducción

Las sociedades postmodernas presentan situaciones de riesgo cada vez más amplias que están ocasionando un incremento de la vulnerabilidad a un mayor número de personas. Desde finales del siglo XX estamos asistiendo a un periodo de polarización creciente de las desigualdades sociales a nivel mundial (Esping-Andersen, 1999)¹. En la actualidad el riesgo de pobreza se va desplazando a los sectores más vulnerables de la sociedad, siendo los jóvenes y las mujeres los más afectados (Growing Unequal, 2008)². Las transformaciones producidas a partir de la década de los ochenta han erosionado el mercado de trabajo traspasando la esfera privada y produciendo un proceso de “individualización de la desigualdad social” (Beck, 1998:108) que ha afectado a las estructuras de clase y a la familia. El proceso de individualización explica la nueva pobreza en las sociedades modernas que se presenta ahora como un destino personal, específico a las fases de la vida. Pese a que el desempleo se concentra en grupos ya desfavorecidos por su posición profesional, cada vez más esta franja de vulnerabilidad se amplía a otros grupos sociales. Tal como afirma Cabrera “la exclusión social en nuestra sociedad podría definirse como un proceso de carácter estructural que en el seno de las sociedades de abundancia termina por limitar sensiblemente el acceso de un considerable número de personas a una serie de bienes y oportunidades vitales, hasta el punto de poner en entredicho su propia condición de ciudadanos” (1998).

Los procesos de desvinculación o desafiliación social (Castel, 1990) que presentan las personas sin hogar están asociados a diversos factores (de tipo estructural e individual) y responden a procesos y trayectorias vitales de variada etiología. Las personas sin hogar son las que se han quedado fuera del sistema (no son útiles en el mercado), forman parte del cada vez más numeroso “ejército de supernumerarios”³ (formado por desempleados

.....
1 Los índices de pobreza se han incrementado en las últimas décadas en los países de la OCDE. En todo el período desde mediados de los años ochenta a mediados del 2000 la pobreza ha aumentado en dos tercios de los países de la OCDE (Growing Unequal, 2008).

2 En el caso de las mujeres, se incrementa el riesgo de pobreza con la edad (Growing Unequal, 2008).

3 Término utilizado por Robert Castel en su libro, La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado (1999).

y trabajadores precarios) en donde se dibujan los nuevos perfiles de la exclusión social. Adentrarnos en este universo supone plantearnos una pregunta inicial que será el punto de partida de nuestra investigación: ¿el cambio de perfiles en las personas sin hogar responde al incremento de la vulnerabilidad social en las actuales sociedades del riesgo?

Diversos autores (Cabrera, 2008; Sarasa, 2009; Tejero y Torrabadella, 2005) apuntan a un cambio de perfiles de las personas sin hogar en el estado español. Nuevas realidades se hacen visibles en los sectores más vulnerables de la sociedad, en donde intervienen factores de tipo estructural (dificultades educativas, precariedad laboral, ingresos insuficientes, debilidad de redes familiares y sociales) y factores personales (pérdida o debilidad de capacidades personales y sociales que inciden en los procesos de desarraigo posterior).

Metodología

En este trabajo de investigación se analizan las causas y factores que inciden en la aparición de los nuevos perfiles de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona. Para ello, se han utilizado datos cuantitativos correspondientes al *Programa d' Atenció a Persones Sense Sostre* del Ayuntamiento de Barcelona (2008) y datos cualitativos extraídos de las entrevistas en profundidad realizadas a personas alojadas en el Centro de Primera Acogida *Sant Gervasi*. El análisis de las entrevistas en profundidad realizadas a personas que se encontraban en este dispositivo nos facilitará una mayor información sobre los factores que han motivado su actual situación. Factores que se han agrupado en cuatro dimensiones: *los aspectos relacionales* (fragilidad o escasez de redes sociales y familiares), *materiales* (en donde se agrupan los ingresos, el trabajo y la vivienda), *socio-sanitarios* (vinculados a los aspectos relacionados con la falta de salud, tanto física como psíquica, o a la adicción a alguna sustancia tóxica) y *culturales* (que están relacionados con la nacionalidad de las personas). A través de estos relatos de vida podremos aproximarnos a la percepción de los procesos, necesidades y expectativas de cambio que estas personas tienen de su situación.

La hipótesis planteada en esta investigación es que el incremento del fenómeno del *sinhogarismo* responde a procesos macrosociales que han caracterizado a las sociedades postfordistas de las últimas décadas. Procesos que han afectado a las esferas productivas y relacionales y que han transformando la estructura de clases. En este proceso de transformaciones en donde se incrementan los riesgos y las desigualdades sociales, es donde emergen los nuevos perfiles del *sinhogarismo*. Nuevos perfiles que representan los sectores más vulnerables de la sociedad, en donde jóvenes y inmigrantes destacan como más representativos.

Dimensión Conceptual Del Sinhogarismo

Iniciar el análisis de las personas sin hogar supone introducirnos en un universo conceptual cambiante y complejo. Un universo en donde se conjugan elementos materiales,

relacionales y asistenciales que nos hablan de desigualdades extremas y de desvinculación social. Las personas sin hogar representan la cara más extrema de la pobreza (Tezanos, 2004) en donde recaen un conjunto de connotaciones negativas (peligrosidad, ociosidad, diferencia) que les ha sentenciado a lo largo de la historia (Gemerek, 1989). El fenómeno del sinhogarismo en la actualidad continúa impregnado de un imaginario social estigmatizador (Goffman, 1970) y excluyente que pone en entredicho la propia condición de ciudadanos de las personas que lo padecen (Cabrera, 2007). La concepción de la ciudadanía, en su sentido más general, establece un sistema de inclusión y exclusión. Define límites, reconociendo la condición de ciudadanos de los incluidos y negando esa condición a los excluidos.

En nuestras sociedades de bienestar los cauces de la incorporación social provienen del empleo y la familia. Contamos también con sistemas de protección que deberían compensar y subsanar los posibles déficits. La implementación de políticas sociales efectivas y universalistas que garanticen el acceso a la sanidad, educación, vivienda, pensiones, servicios sociales serían la clave para conseguir el reconocimiento a una ciudadanía plena. El bajo nivel de protección social alcanzado en nuestro país, denominado por Navarro (2003) “el subdesarrollo social de España” ha retrasado la consecución de niveles de cobertura semejantes a otros países del entorno⁴. En el 2003 se ha destinado solo el 0,8 % a programas de lucha contra la exclusión social (de los 146,7 millones de euros destinados a gastos de prestaciones de protección social). Esto nos lleva a preguntarnos como no se ha producido un estallido en las cifras de exclusión y marginación social. La explicación la encontramos en la configuración de un sistema de protección social que se refuerza en la familia como eje fundamental básico

(Flaquer, 2006; Subirats, 2007; Navarro, 2003).

Otra característica fundamental de la pobreza extrema en nuestras sociedades modernas es su amplia complejidad. Según Subirats (2004) la exclusión social se define como un fenómeno dinámico (son procesos cambiantes a lo largo de la vida), relacional (los vínculos y medios de que dispone la persona) y subjetivo (puede ser vivida de diferentes formas: aislamiento, marginación, discriminación, segregación). También se trata de un fenómeno que es multifactorial (intervienen diversos elementos), multidimensional (que tienen que ver con diversos aspectos de la vida de las personas) y politizable (se pueden diseñar intervenciones para hacer frente a este fenómeno). Las fronteras de la exclusión en nuestras sociedades actuales son altamente permeables, móviles y fluidas, y como apuntan algunos autores, los riesgos son cada vez más amplios (Beck, 2002).

Los procesos de exclusión social se pueden localizar en los siguientes ámbitos: el ámbito económico, el ámbito laboral, el formativo, el sociosanitario, el residencial, el relacional y el ámbito de la ciudadanía y la participación. Todos ellos vertebrados por tres grandes ejes de desigualdad social: la edad, el sexo, el origen y/o etnia. La combinación de estos tres ejes se entrecruzan con los diversos ámbitos de exclusión dando lugar a una multiplicidad de situaciones, en donde se configuran los sectores más vulnerables, siendo las mujeres, los jóvenes, las personas mayores y los inmigrantes los más afec-

.....
 4 Al día de hoy, la protección social en España supone el 20,2 % de PIB, mientras que la media de la UE-15 se sitúa en el 28 %, quedándonos ocho puntos por debajo de la media. Muy lejos del 32,5 % de Suecia o incluso del 30,6 % de Francia (Eurostat, 2005).

tados (Subirats, 2004). Dentro de cada uno de estos espacios se pueden identificar un conjunto de factores que pueden presentarse solos o combinados entre sí; produciéndose una relación dinámica y flexible entre las fronteras de la exclusión, la inclusión y la vulnerabilidad social.

Las contribuciones de la sociología francesa de la mano de Robert Castel (1990) abre una perspectiva interesante en la delimitación de la pobreza y la exclusión social. Para este autor la pobreza es un estado al que se llega a través de un proceso conflictivo y complejo en donde intervienen dos ejes con los que pueden pensarse la integración de los individuos y a la vez sus problemas de *desafiliación*⁵. El primer eje es el de la integración social y comprende básicamente todos los elementos ligados a la integración por el empleo, y el segundo eje, es el de la inserción relacional que comprende todos los procesos vinculados a la sociabilidad primaria, los vínculos familiares y la comunidad. De la intersección de estos dos ejes surgen tres zonas de mayor o menor fragilidad: una zona de integración, una zona de vulnerabilidad y una zona de desafiliación (en esta zona se concentran los que presentan una falta de integración laboral y de redes de proximidad). Así la zona de cohesión estaría formada por la asociación de trabajo estable e inserción relacional sólida, y a la inversa, una zona de desafiliación en donde se visualiza la ausencia de participación productiva y un aislamiento relacional. Finalmente, dice Castel, se presenta una zona de vulnerabilidad social (que es una zona intermedia e inestable) que tiende a incrementarse en nuestras sociedades de riesgo. En el último eslabón de la desafiliación social es donde se encuentran las personas sin hogar como representación de la exclusión social extrema en nuestras sociedades modernas.

Según Mignione (1994) la exclusión social también tiene una dimensión espacial. La consideración de la pobreza actual como un fenómeno fundamentalmente urbano se basa en el hecho de que es en las sociedades industriales avanzadas donde se están activando de manera acelerada los circuitos viciosos que llevan a la exclusión social extrema. Las explicaciones de este fenómeno que Mignione destaca como más importante son: que las transformaciones económicas y demográficas son más radicales en las ciudades y aportan continuamente nuevas formas de vulnerabilidad, que las formas de solidaridad comunitaria y las redes de soporte son más débiles (básicamente a causa de una mayor inestabilidad, heterogeneidad y anonimato); que hay un mayor costo de la vida, que hay mayores dificultades de emplear estrategias de autoabastecimiento y autoayuda, y por tanto, que en ellas, la falta de recursos económicos se transforman en mayor medida en una falta de bienes y servicios necesarios. El incremento del número de personas sin hogar en las grandes ciudades nos alertan de estas desigualdades y visualizan un fenómeno extensible a los sectores más vulnerables socialmente como los jóvenes, las personas inmigrantes y las personas adultas que están fuera del sistema productivo (Marí-Klose, 2008). El advenimiento de esta nueva pobreza urbana, visible en las grandes ciudades a finales de los ochenta, abre una nueva perspectiva al viejo estereotipo de los sin techo con unos “nuevos sin techo” entre los que cabe encontrar a gente de clase media o trabajadora (Cabrera, 1998:119) que comienza a desvincularse de

.....
5 Castel utiliza el término que aparecía en la obra de H. Bahr “Homelessness and disaffiliation” (1968) ampliando su contenido y “permitiendo poner de relieve la relación entre miseria económica y escasos apoyos sociales” (p:148)

las redes sociales y productivas.

La magnitud que ha tomado el problema del sinhogarismo en nuestras sociedades ha motivado que en estos últimos años se haya avanzado en su dimensión conceptual y operativa. A partir de los ochenta, y como resultado de la privatización de la vivienda y de los cambios en el mercado laboral, este fenómeno no ha parado de crecer. El Observatorio de FEANTSA (*Fédération Européene des Associations Nationales Travaillant Avec les Sans-Abri*) ha constatado que desde 1990 se está produciendo un crecimiento significativo del número de personas sin hogar en toda Europa. Según datos de EUROS-TAT y FEANTSA (2004) en relación a cuatro categorías: sin techo, sin vivienda, vivienda insegura y vivienda inadecuada, nos hablan de 18 millones de personas afectadas por la exclusión residencial, de las cuales 2,5 millones de ellas se encuentran en la calle (o en albergues de estancia limitada).

El primer gran reto que debieron afrontar los países y en especial las entidades y profesionales que trabajaban con el sinhogarismo fue consensuar una definición que describiera de forma clara este fenómeno complejo y diverso. En este sentido, la primera definición a nivel europeo fue la aportada por FEANTSA “una persona sin techo es toda aquella que no puede acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, bien sea por falta de recursos económicos, ya sea por razones económicas o por tener dificultades personales o sociales para llevar una vida autónoma” (Avramov, 1995)⁶. Esta definición aporta una nueva visión sobre el fenómeno, superando anteriores descripciones centradas en factores exclusivamente personales (Cabrera, 2008). En la actualidad hay un amplio consenso entre los estudiosos en determinar que no hay una única situación, sino la convergencia e interacción entre varios factores donde la exclusión residencial toma un protagonismo primordial (Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995).

Siguiendo la línea propuesta por el Consejo de Europa, FEANTSA incide en el hecho que la categoría “sin hogar” se refiere no sólo a aquel sector de la población que vive literalmente en la calle, sino a un amplio tipo de situaciones, se refiere por ejemplo: a las personas o familias que están alojadas temporalmente en centros de acogida, albergues públicos, pensiones; o aquellos que se encuentran en un hospital o en una prisión, y al salir no tienen donde ir; como también aquellas situaciones de infravivienda en que personas o familias, malviven en condiciones precarias (la población chabolista, que vive en barracas, los asentamientos, o los okupas que viven en casas abandonadas en condiciones insalubres).

En el año 2005 se produce un importante avance conceptual a través de la formulación de una tipología europea del fenómeno de las personas sin hogar y la exclusión residencial (ETHOS: *European Typology on Homelessness*). La tipología de ETHOS identifica 13 categorías de condiciones de habitabilidad en relación al problema de la vivienda. Esta definición operativa identifica “dominios” o espacios que constituyen un hogar (dominio físico, dominio social y dominio legal). A partir de estos tres dominios se desprenden cuatro categorías que abarcan grados de exclusión residencial: sin techo (*rooflessness*), sin vivienda (*houselessness*), vivienda insegura (*insecure housing*) y vivienda inadecua-

.....
6 Definición aportada por Avramov y utilizada por FEANTSA (federación creada en 1989 que agrupa a más de 90 entidades de 29 países europeos).

da (*inadequate housing*). A partir de estos cuatro grupos se pueden reconocer hasta 13 categorías. Esta tipología es ambiciosa en el sentido de evitar una descripción estática, aportando una visión flexible que ayuda a la comprensión del *sinhogarismo* como un proceso diverso y dinámico.

Dimensión Operativa del Sinhogarismo

En relación a la dimensión operativa de este fenómeno, se han de destacar los importantes avances planteados a través de las políticas de lucha contra la exclusión en Europa desde la década de los setenta, así como la transformación de la red asistencial dirigida a personas sin hogar en el territorio español. A mediados de los años setenta, la Unión Europea (E.U) entendía que, para establecer políticas de crecimiento económico y de progreso, debía de actuar globalmente e incidir en diversos niveles (Brenner, 2003). Por un lado, paliar las consecuencias de las nuevas problemáticas de la crisis en la esfera económica (fundamentalmente el mercado de trabajo), en la esfera social (nuevo rol de la mujer, cambios en las estructura familiar); y por otro lado, era aconsejable tejer redes de protección social para los colectivos más desfavorecidos. Así surgieron los primeros Planes Europeos conocidos como *Programas de lucha contra la Pobreza*.

A partir del siglo XXI el Consejo de la Unión Europea despliega las bases de lucha contra la exclusión social en clave de políticas de inclusión mediante un método abierto de coordinación entre los estados miembros (Cimera de Lisboa, 2000). Se establecen tres ejes, tres pilares para la política social: crecimiento económico, creación de ocupación y lucha para la Inclusión social. En ese mismo año, en Niza, se fijaban los objetivos y se acordaba la elaboración de los *Planes Nacionales de Inclusión social*, que pasarían a formar parte de la agenda política de los gobiernos europeos.

La Agenda Social Europea 2005-2010 establece como prioridades fundamentales la ocupación, la inclusión social y la promoción de la igualdad de oportunidades. Para promover las comunidades de iguales, las sociedades europeas implementan programas que presuponen la redistribución de recursos, así como políticas activas de contratación laboral a aquellos que han quedado fuera del mercado laboral. Actualmente, los temas relacionados con el ámbito laboral ocupan el principal espacio de las políticas sociales de la Unión, si bien la Comisión Europea propone avanzar en políticas de inclusión y de lucha contra la pobreza y la cohesión social.

España (a pesar de ser el tercer país de la UE con mayor índice de pobreza) inicia más tarde su lucha contra la exclusión social⁷. Su actuación comienza a partir del *Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España (PNA/ inclusión, 2001-2003)* hasta el actual *IV PNA/ inclusión (2006-2008)*. Los primeros Planes de Inclusión planteaban escasas referencias a las personas sin hogar (las primeras acciones de inclusión social hacia este colectivo se inician a partir del *III Plan de Inclusión*). Estas actuaciones se encaminaban hacia el fomento del empleo y el aumento de recursos asistenciales específicos. Sin embargo, no debemos olvidar que los PNA/Inclusión establecen las líneas estratégicas

.....
7 El Estado español tiene un índice de pobreza moderada de 19,9 % (UE-15, 16 %) según datos ECV,2006,INE y EUROSTAT, 2007.

a nivel nacional que se han de hacer efectivas a diferentes escalas de la administración pública. Las actuaciones dirigidas a las personas sin hogar se despliegan en todas las Comunidades Autónomas a partir de 1985, siendo los ayuntamientos quienes asumen el protagonismo en la red asistencial (formada por un amplio conjunto de entidades de iniciativa social que actúan en este sector).

Las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona

Las personas sin hogar fueron objeto de regulación y control por parte de los poderes públicos desde épocas remotas en la ciudad de Barcelona⁸. Hasta el siglo XX la actuación dirigida a este colectivo se había regido por la *Ley de Vagos maleantes*⁹ y por las ordenanzas municipales que existieron hasta 1979. Durante la década de los 80 la atención a las personas sin hogar se dispensaba desde diversas entidades religiosas (destacado Cáritas entre las más importantes) y a través del albergue municipal de Valdoncella¹⁰. El perfil de las personas sin hogar (hombres solos de mediana edad) estaba representado por personas procedentes de la inmigración interna (en su mayoría de las zonas de Andalucía, Galicia y Extremadura).

El *Programa Municipal d'atenció social a Persones Sense Sostre* del Ayuntamiento de Barcelona nace en el año 1985. La articulación de servicios y recursos se organizaba en función de las fases de desvinculación social que se encuentran las personas¹¹. Las respuestas asistenciales facilitadas por los organismos públicos y privados comienzan a ser insuficientes siendo necesario una nueva planificación y ordenación de los servicios sociales municipales para afrontar este fenómeno. En la década de los años 90 se produce un cambio sustancial en la composición de la población atendida con un incremento progresivo de personas inmigrantes en situación irregular en la calle. Según Cabrera (2008:53) en 1995 un 13,6% de las personas atendidas por el SIS y acogidas a un plan de inserción social eran nacidas en el extranjero.

Durante el período 1995-2002 se produce una mayor consolidación y desarrollo del programa, se incrementan servicios, se crean circuitos de coordinación entre las diversas áreas implicadas (salud mental, drogodependencias, Guardia urbana) y se establece una mayor vinculación (a través de convenios) con las entidades sociales que actúan en la ciudad¹². En el año 2003 la población inmigrante se había triplicado¹³. Para atender estas nuevas necesidades se crea en 1989 el *Servei d'atenció a immigrants estrangers i refugiats* (SAIER)¹⁴. En la actualidad el perfil de las personas jóvenes está asociado a la inmigración,

8 Los intentos de erradicar la mendicidad están documentados desde 1323. En esta época se sucedieron diversas disposiciones, todas ellas dictadas por el Gobierno civil o por el Ayuntamiento con el objetivo de reprimir la mendicidad

9 La Ley de Vagos y maleantes (1933) estuvo vigente hasta el año 1970. En ella se declaraban "peligrosos" diversos colectivos marginales, entre ellos las personas sin hogar.

10 El albergue municipal de Valdoncella se crea en los años 40 con la finalidad de concentrar en un solo servicio diversos albergues de la ciudad que habían quedado dañados durante la guerra civil. Este albergue tenía una capacidad de 250 plazas (1997:71).

11 Las fases de desvinculación son: inicial (de 0 a 3 años si alojamiento estable), avanzada (de 3 a 5 años) y consolidada (más de 5 años).

12 Se inaugura el Centro de Día Meridiana, el centro residencial de Can Planas (que sustituye al de Valdoncella) y se crean los Equipos de Inserción Social (SIS) que actúan en medio abierto. Programa Municipal d' Atenció a persones Sense Sostre. Ajuntament de Barcelona (2007).

13 Según fuentes de Ayuntamiento de Barcelona, el 36,2 % de la población sin hogar atendida por el SIS era nacida al extranjero.

14 El servicio está constituido por el Ayuntamiento y diversas entidades y organizaciones con finalidad social y humanitaria

tal como afirma Carme Fortea¹⁵ “ los jóvenes inmigrantes que están en la calle son unos de los nuevos perfiles de personas sin hogar. Es una situación ligada a la fracura de la ciudadanía debido a las limitaciones legales y de derechos básicos”.

Barcelona tiene en la actualidad 34 centros de servicios sociales distribuidos por toda la ciudad. Complementariamente a esta red de atención social primaria funciona una Oficina de Atención Permanente y de Urgencias que atiende 24 horas, durante todo el año; y la *Red de atención social a Personas sin hogar*. Sus líneas de actuación se contemplan en el *Plan de Inclusión social del Ayuntamiento de Barcelona*, aprobado en febrero del 2005¹⁶.

El Programa municipal dirigido a la atención de las personas sin hogar sigue ampliando y diversificando servicios en función de las necesidades cambiantes y diversas que presentan estas personas a lo largo de sus procesos de desvinculación social.

Programa Municipal de atención a Personas sin hogar

Servicios de Atención Social	Organización y Finalidades
Servicio de Inserción Social	Medio Abierto: - Equipos de detección y atención en la calle - Equipos de primera atención y Tratamiento
Servicios de acogimiento residencia temporal	Centros acogimiento residencial temporal: - Centros residenciales Primera acogida (primer contacto, estancia hasta 3 meses) - Centros residenciales baja exigencia y Atenciones Básicas (dirigido a personas crónicas, estancia de 6 meses a 1 año) - Centros residenciales de inserción (mayor exigencia, se trabaja la autonomía estancia de 3 meses a 1 año) - Hostales y Pensiones (dirigida a fases iniciales, corta estancia)
Servicios de Viviendas de Inclusión con soporte socioeducativo	Recurso transitorio de media estancia: - Exigencia alta. Orientado a la autonomía. La estancia es de 6 meses a 1 año.
Servicio de Acogimiento diurno	Centro de Día: - Actividades programadas. Sin límite de estada Otros servicios diurnos: - Alimentación - Duchas y Ropa - Consigna
Servicios de Soporte	Complementarios: - Inserción socio-laboral - Acceso a la vivienda - Prestaciones económicas
Servicios de Información y Orientación	En función de los procesos y necesidades de cada persona/familia

Fuente: *I Jornada Técnica Xaxa d'Atenció a Persones Sense Sostre. 7 de Juliol de 2009 (Carme Fortea). Ajuntament de Barcelona (2009)*

.....
 15 Fortea es responsable del Programa de atención de Personas Vulnerables del Ayuntamiento de Barcelona.

16 Pla municipal per a l'inclusió social a Barcelona 2005 –2010. Este Plan sigue las líneas marcadas por el Consejo de la Unión Europea y plantea abordar la exclusión social desde su complejidad y multidimensionalidad.

El Ayuntamiento de Barcelona a través del Departamento de Personas Vulnerables despliega en la actualidad estos servicios estableciendo convenios con diversas entidades de iniciativa social y privada que actúan en la ciudad. La intervención profesional se orienta a la primera acogida, al medio abierto o al tratamiento. Durante el año 2006 se ofrecieron 1.776 plazas, agrupadas en 22 equipamientos o servicios ubicados en los diez distritos de la ciudad. Este crecimiento de plazas y servicios articulados en la oferta correspondiente a la Red Social en el marco de *l'Acord Ciutadà per una Barcelona Inclusiva* ha permitido al final del período municipal 2003-2007 mejorar la atención del conjunto de personas sin hogar de la ciudad¹⁷.

El Departamento de Personas Vulnerables del Ayuntamiento de Barcelona, que lidera la red asistencial de atención a personas sin hogar en la ciudad, cuenta desde el año 2007 con una base de datos detallada de este fenómeno. Recuentos trimestrales, mapas de localización y memorias anuales nos facilitan una aproximación a los perfiles de las personas sin hogar en Barcelona.

Según los datos del SIS (2008) y del Centro de Acogida Nocturna Sant Gervasi (2008) podemos afirmar que las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona tienen rostro mayoritariamente masculino, son jóvenes y en su mayoría inmigrantes. Los factores detonantes son de tipo laboral y económico, donde la formación tiene un peso fundamental. La falta o escasez de vínculos sociales deviene uno de los factores fundamentales en el proceso de desvinculación social. Una gran mayoría son hombres solos, solteros o con recientes rupturas familiares (en el caso de las personas de origen español) y jóvenes solos, sin redes sociales primarias en el país (en el caso de las personas inmigrantes). Otro factor asociado a la escasez o pérdida del capital económico y social es el relacionado a los problemas de salud, donde la adicción a las drogas y la salud mental se presentan como las más importantes. Dificultades asociadas que generan largos trayectos de inclusión social debido a las condiciones desfavorables en las que se encuentran y a la falta de recursos sociosanitarios adecuados para su seguimiento.

Finalmente se ha de destacar la grave situación que presentan las personas extranjeras indocumentadas que forman parte del colectivo más invisible y vulnerable, recurrentes a un sistema asistencial que presenta límites infranqueables.

Resultados del Análisis Cualitativo

Todas las personas entrevistadas¹⁸ estaban alojadas en el Centro de Acogida Nocturna *Sant Gervasi*¹⁹ ubicado en la ciudad de Barcelona. Este dispositivo cubre las necesidades básicas (alojamiento, alimentación, duchas, ropa, atención social y sanitaria) y vincula a las personas con la red asistencial. Ofrece una estancia corta (máximo de tres meses) en donde se realiza una valoración y posterior derivación hacia los recursos

.....
 17 Ajuntament de Barcelona. Benestar Social-Programa Municipal d' Atenció Social a Persones Sense Sostre. Barcelona, 2006.
 18 Se realizaron un total de 9 entrevistas semiestructuradas (siete hombres y dos mujeres) a lo largo de tres noches (en horario de 20 a 22 horas) La duración aproximada era de 20 a 30 minutos.

19 Este centro depende de la Empresa Projectes i Gestió de Serveis Socials S.L (Progress) y forma parte de la red asistencial de Programa d' Atenció a Persones Sense Sostre del Ayuntamiento de Barcelona

adecuados a cada situación. El centro dispone de un equipo multidisciplinar formado por profesionales sociales (trabajadores sociales, educadores y integradores sociales) y sanitarios (médico y enfermera). En la actualidad este centro ofrece 60 plazas que de forma continua están cubiertas.

Según datos de la memoria del año 2009 el perfil de las personas atendidas en este centro destaca un alto porcentaje de hombres jóvenes (86,5 % de los cuales un 50% corresponden a edades de 25 a 44 años) y de nacionalidad extranjera (un 52 %, frente a los españoles que representan un 45,7 %). En relación al estado civil de las personas acogidas, una amplia mayoría corresponden a personas solas y separadas (78 %). Por lo tanto el perfil mayoritario del centro es de un hombre solo, joven e inmigrante.

En relación al nivel de instrucción de las personas acogidas un 41% tiene estudios primarios, frente a un 11% que manifiestan tener estudios universitarios. La baja formación se relaciona con sectores de actividad relacionados con servicios (49,8 %) e industria (37 %). Un 69,3 % de las personas acogidas manifiesta no tener ningún ingreso económico, motivo que le ha llevado a estar en la calle en periodos desde 1 mes hasta un 1 año. Estos datos nos facilitan un perfil de personas con escasa formación y dificultades económicas por falta de trabajo que les ha llevado a estar en la calle de forma reciente. Esta situación de desarraigo inicial facilita las posibilidades de inclusión y las expectativas de cambio que han manifestado todos los entrevistados a lo largo de las entrevistas. A continuación se analizan las entrevistas realizadas en CPA Sant Gervasi que configura la segunda parte de la investigación (de carácter cualitativo).

Fragilidad o escasez de las redes sociales primarias

Uno de los factores claves que intervienen en los procesos de desvinculación de las personas sin hogar es la escasez de redes sociales. Diversos autores (Bourdieu, 2000; Beck, 1998; Castel, 1995; Bauman, 2000) han planteado el progresivo debilitamiento que las redes sociales presentan en nuestras sociedades modernas. Este proceso produce una fuerte erosión del capital social, que en el caso de las personas sin hogar es extremadamente vulnerable, y en algunos situaciones (las más graves) inexistente. Entre las causas más frecuentes encontramos la fragilidad en las redes sociales y familiares que conlleva a posteriores situaciones de rupturas y aislamiento social; procesos que se relacionan con la desvinculación o desafiliación social apuntada por Castel (1995)²⁰. Siendo las situaciones más difíciles las que se derivan de antecedentes traumáticos durante la infancia y la adolescencia (malos tratos o desvinculación familiar) que generan posteriores dificultades psicológicas durante la vida adulta. A continuación podemos identificar en las respuestas de las personas entrevistadas la fragilidad de las redes sociales y familiares como un factor determinante de la actual situación:

“La muerte de mi padre me ha afectado, no lo he podido superar. Murieron muy seguidos, mi padre murió en el 2003 y mi madre en el 2004. En ese momento fue cuando me quedé solo porque con mis hermanos no tenía buena relación. Entonces me tiré a la bebida... Mis hermanos me dijeron que no querían saber nada más de mí, y aquí estoy, luchando para

.....
²⁰ Los datos estadísticos de las grandes ciudades españolas, “Madrid y Barcelona, nos brindan la oportunidad de constatar como la tasa de riesgo de pobreza está estrechamente vinculada con el estado civil y las rupturas familiares” (Cabrera:55)

recuperar mi vida,...bueno, para tener alguna vida”²¹ (Entrevista A).

“Yo he tenido una infancia bastante dura. Con mi familia mal, muy mal, tuve muchos problemas (...).Lo que ha pasado me ha marcado para toda la vida. A los 12 y 13 años necesité tratamiento psiquiátrico por mi padre. (...), el nos ha hecho mucho daño (...). Y bueno, después me fui a Castellón con él y allí no cuajé con mi familia. Tuve un problema de bebida y decidí venirme a Barcelona (...). Si, pensándolo bien, el tema de mi familia es el cien por cien de mi problema (...).Y en parte yo estoy aquí por eso. Es doloroso tener familia y no tener nada”²². (Entrevista E)

Así como en la primera entrevista la desaparición de los únicos vínculos familiares serán el detonante de la posterior desvinculación social, en la segunda situación serán los antecedentes traumáticos acaecidos durante la infancia los que desencadenarán las dificultades en el inicio de la vida adulta. Desde la perspectiva del análisis cualitativo podemos encontrar diversos autores (Grigsby et al 1990, Declerk, 2001 Muñoz et al, 2005;) que abordan la dimensión psicoemocional de estas personas como un factor de vulnerabilidad individual asociado al contexto social y colectivo de este fenómeno. Esta dimensión individual nos ayudará a identificar los aspectos diferenciales de riesgo frente a situaciones estresantes (Muñoz et al, 2005). La teoría de vínculo afectivo ofrece un marco útil para explorar la relación entre las experiencias pasadas y presentes. Tal como afirma Howe (1997:118), “las relaciones perturbadas en el pasado acrecientan la vulnerabilidad del individuo a tensiones actuales”; así, la manera en como nos vinculamos afectivamente con nuestro entorno más próximo durante la infancia se convertirá en un potencial consistente o frágil que será determinante en nuestra vida adulta. Haber padecido situaciones de abandono, malos tratos físicos, abusos sexuales o institucionalización durante los primeros años de vida serán indicadores de riesgo frente a nuevas situaciones traumáticas. A través de los relatos de nuestros entrevistados podemos visualizar dificultades con el consumo de alcohol, situación que supone una vía de escape, pero que también se convierten en uno de los principales agravantes de su actual situación.

La percepción de fragilidad y vulnerabilidad que tienen nuestros entrevistados con su entorno familiar se convierte en un elemento clave para comprender el actual proceso de desvinculación que padecen:

“De pequeña era como la “cenicienta” de la familia. Como era la mayor de las niñas, éramos cinco hermanas y un hermano, era la que debía quedarme en casa para cuidarlas. Por eso ahora tengo artrosis, porque siempre estaba lavando en el patio que teníamos fuera de casa, y ahora por eso estoy así...”²³ (Entrevista I).

“Yo era muy rebelde, era la “oveja negra” de la familia ,¿se nota no?. (...) Siempre he sido muy niña, muy agarrada a alguien (...). Bueno, luego mi vida siempre fue eso, “diferen-

21 Entrevista A: Hombre de 35 años, nacido en Barcelona y de profesión mecánico. Trabajaba en el taller familiar y cuando muere su padre (de un infarto) y posteriormente su madre se encuentra sin apoyo familiar y sin trabajo. Entrevista realizada el día 4 de junio de 2009 en el Centro de Acogida nocturno Sant Gervasi de Barcelona,CPA (ver anexo)

22 Entrevista E: Hombre de 37 años, nacido en Asturias y de profesión camarero. Desvinculado con la familia debido a diversas situaciones de conflicto durante la infancia y la adolescencia . Despido repentino que le lleva a encontrarse en la calle. Entrevista realizada el día 25 de junio de 2009 en el CPA Sant Gervasi de Barcelona

23 Entrevista I: Mujer de 49 años, nacida en Córdoba, de profesión cocinera. Se encuentra en la calle desde hace dos meses por falta de trabajo. Entrevista realizada el 25 de junio de 2009 en el CPA Sant Gervasi.

te” y también bastante a la deriva.²⁴ (Entrevista D).

Si las relaciones afectivas durante la infancia y adolescencia son determinantes en los procesos vitales de nuestros entrevistados, las rupturas y separaciones en la vida adulta suponen una de las cargas emocionales más intensas que deben superar estas personas en situaciones de máxima fragilidad:

“Cuando me separé, me junté con quién no debía.. y así empezó mi tortura. Lo que he vivido fue un infierno y no quiero recordarlo...(se emociona) Es que yo he vivido casi cuatro años encerrada con llave. El tenía una orden de alejamiento..., fue una tortura. Al final no pude aguantar mas... fue horrible... Ahora lo miro así como si hubiera sido un “mal sueño”. He estado con ladrones, con asesinos, con maltratadores..., y aquí estoy ahora. Cuando he tocado fondo y me encontré en la calle, es cuando reaccioné. Fui a la asistenta y comencé a encarrilar mi vida. Creo que he entrado por la puerta buena, y también creo que este es el último tren que puedo coger” (Entrevista D).

La ruptura conyugal supone un factor clave en el proceso descendente que relata nuestra entrevistada. La posterior vinculación con otra pareja, en donde se manifiestan claros síntomas de maltrato psicológico, se convertirán en el detonante de la actual situación. Diversos estudios constatan que el maltrato a la mujer por su pareja tiene importantes repercusiones en la salud de la víctima y supone un factor de riesgo para la salud a largo plazo (Koss, Koss y Woodruff, 1991). Detectándose con mayor frecuencia síntomas depresivos, ansiosos y de trastorno postraumático (Amor, Echeburua; E, Corral, P y P.J, Amor, 2002) . A continuación, a través de las palabras de nuestra entrevistada podremos visualizar algunos de estos trastornos:

“Fui al hospital Clínico porque sentía que me moría. Ya no me aguantaba de pie, no comía, no dormía(...). Cuando llegué aquí estaba muy bloqueada, no sabía ni quién era, no sabía nada (...). Yo quería trabajar, pero no..., porque me pongo a trabajar y recaigo, no puedo. No acabo de recuperarme., parece que sí que me recupero, pero no, es la imagen que doy. Entonces me entran unas depresiones yfata!. Es cuando reacciono y le doy gracias a Dios que exista un sitio como este, porque me siento protegida” (Entrevista D).

La siguiente entrevista habla de ruptura conyugal y de monoparentalidad, factores que se asocian a una mayor vulnerabilidad social en relación al género:

“A mi nunca me ha ayudado ni mi familia, ni nadie. Yo siempre he trabajado, he tenido que cuidar sola a mis dos hijos. Ha tenido que ser padre y madre a la vez, y eso es muy duro. He sufrido mucho en la vida. Me he pagado un piso de alquiler, porque no podía tener uno propio. Me separe un tiempo de mi marido, después volví otra vez con el, y después nos divorciamos. Y ya me he quedado sola. Estoy sola, no tengo pareja, estoy con mi hijo....pero me doy cuenta que estoy muy sola”... (Entrevista I).

Según datos del INE (2001) el 10 % de las familias españolas son monoparentales y nueve de cada diez de estos hogares están encabezadas por mujeres²⁵. Los factores que

.....
24 Entrevista D: Mujer de 47 años, nacida en la Coruña y de profesión auxiliar de clínica. Presenta problemas de salud y antecedentes de violencia doméstica. Se encuentra en la cale desde hace 3 meses. Entrevista realizada el 4 de junio de 2009 en el CPA Sant Gervasi

25 Del total de estos hogares unas 200.000 están encabezadas por personas separadas, 62.000 por personas viudas y 43.500 por personas solteras (Boletín informativo del INE, 2004).

inciden en el aumento de este fenómeno son las situaciones de viudedad, que representan un 47%; y el creciente número de separaciones y divorcios, que suponen un 26 % de las familias españolas. Este fenómeno que aumenta desde la década de los noventa (Almeda, 2006) incrementa el riesgo de pobreza para las mujeres de clase trabajadora que tienen menores a su cargo (Sarasa, 2005)²⁶. Tal como advierte el Informe de la OCDE(2008), la estructura de la familia y el estatus laboral de los padres demarcan el riesgo de pobreza para los niños. Los hijos de familias monoparentales presentan así un mayor riesgo de ser pobres frente a los formados con ambos progenitores:

“Desde que vine a Barcelona que no consigo trabajo. Mi hijo con 18 años está igual, también el está sin trabajo. El ahora está en otro albergue, el de San Juan de Dios” (Entrevista I).

Los factores sociosanitarios

En las entrevistas realizadas a mujeres se visualizan dos fenómenos vinculados al riesgo de exclusión social que están asociados a las diferencias de género: la monoparentalidad y la violencia doméstica. Situaciones que se agravan por otros factores importantes como son la edad (mayor dificultad de inserción laboral) y falta de salud. En cuatro de estos relatos aparecen diversos problemas relacionados con la falta de salud como son la vinculación previa con sustancias tóxicas, o las consecuencias físicas y psíquicas relacionadas con el entorno social. Diversos autores (Reynolds et al, 1990; Poulton et al, 2002) plantean que el estado de salud de las personas adultas está relacionado con las características económicas de los hogares donde han pasado su primera infancia. El riesgo de padecer dificultades de salud física o psíquica en la vida adulta es mayor en personas que vivían en hogares donde existía una pobreza persistente. Si a estos antecedentes se asocian los riesgos de vivir en la calle, los problemas de salud física que presentan las personas sin hogar suponen entre dos y cincuenta veces más que la población en general (Muñoz,M; C,Vázquez, 2005). El último recuento realizado en las ciudades de Barcelona y Madrid“ concluían que la calle era perjudicial para la salud” (Cabrera,2008)²⁷. Las circunstancias adversas que deben afrontar estas personas agravan las dificultades previas de salud y generan nuevas problemáticas que están asociadas a la falta de cuidados básicos y a las circunstancias de estrés continuado que deben soportar. La movilidad y escasos soportes sociales les hace más vulnerables para mejorar su estado de salud, ya que menos de la mitad no reciben ningún tratamiento médico (Cabrera, 2008). Esta situación preocupa a los profesionales que intervienen en la red asistencial, ya que en el caso de la trastornos mentales y adicciones se presentan las situaciones más difíciles y cronificadas. Según Virgili (educador del SIS) “las personas más vulnerables son las que presentan problemas de salud mental. Estas son las que se cronifican más y con las que es más difícil intervenir“. Tal como afirma Albert García (Director del SIS) “sería necesario crear más recursos específicos en temas de salud. Tanto los que abordan las salud física como los que atienden las situaciones de asalud mental”.

Un capital económico vulnerable

.....
26 Según el INE (2001) en estas familias la tasa de riesgo de pobreza es del 40,3 %.

27 Breve síntesis de los recuentos: El 45,9 % de personas en Barcelona y un 46,3 % en Madrid han manifestado tener algún problema de salud.

Si la fragilidad de las redes sociales aparece como uno de los factores claves en los procesos de desvinculación social de las personas sin hogar, la pérdida o carencia del capital económico deviene como una de las causas principales de este fenómeno. Tal como afirma Bauman “la liquidez de las relaciones productivas en nuestras sociedades modernas tiñe de flexibilidad e incertidumbre la vida laboral de las personas” (2000:157). Este proceso que se hace visible en nuestra sociedad a partir de la década de los ochenta, deviene en la actualidad una de las primeras causas del fenómeno del sinhogarismo²⁸. Las personas entrevistadas se han encontrado en la calle por diversas causas relacionadas con la falta de empleo, en donde la precariedad y la inestabilidad laboral destacan como unas de las principales:

“Cuando llegué a Barcelona me asistieron en Cister, me atendieron muy bien, me ayudaron mucho. Conseguí trabajo y después de tres años, pues me echaron a la puta calle sin darme ninguna explicación... No me dieron liquidación, ni nada..., de la noche a la mañana me echaron. Y aquí estoy otra vez, esperando a cobrar el paro”... (Entrevista E).

“Cuando llegaron los papeles comencé a trabajar como camarero, porque acá no se gana mucho como peluquero... Empezó la crisis..., y el 8 de octubre el dueño decide sacarse a dos personas de encima y uno de ellos soy yo. Es así como me quedo sin trabajo..., también se me vence el DNI y el pasaporte. Bueno, esto es bastante frecuente en mí, porque soy bastante despistado. Y..., claro, no pude cobrar el paro (...). Fue así como comencé a conocer este mundo..., estoy en la calle desde enero” (Entrevista F).

Otro factor clave relacionado con el desempleo es la dificultad de acceso motivado por la baja formación. Esta se convierte en el riesgo principal para la perpetuación de la exclusión social. La educación y la exclusión social mantienen una estrecha relación, en donde la clase social de los padres serán un indicador básico para medir la movilidad intergeneracional (Growing Unequal, 2008). Factores primordiales, como la “herencia social”, serán determinantes en la posterior incorporación al mercado laboral. Según Esping-Andersen (2007) las oportunidades vienen delimitadas por lo que sucede en la infancia. El estatus social de los padres marca la atracción por los estudios y por sus posteriores profesiones sociales. Las personas entrevistadas presentan diversas situaciones asociadas con la “herencia social” que han determinado su posterior inmersión al mundo laboral:

“Vengo de una familia humilde que mi padre era mecánico, mis hermanos eran mecánicos y yo. Estudié el E.G.B y comencé a trabajar en el taller de mi padre, siempre he estado con él..., y claro, al morir mi padre me quedé sin trabajo. Siempre he trabajado en lo mismo y no sé hacer otra cosa” (Entrevista A).

Los factores culturales

Sin embargo, se visualizan unas claras diferencias según la nacionalidad de las personas entrevistadas. Las personas extranjeras presentan un nivel de formación notablemente superior a las personas autóctonas. La mayoría de ellas tiene un nivel secundario y en dos de los casos una formación superior. La dificultad de acceso al empleo en estos

.....
²⁸ Según los datos de la Encuesta a Personas sin hogar de INE (2005) el 76% de las personas se encontraban desempleadas

casos, está estrechamente relacionado con la falta de documentación legal:

*“Estudí hasta los diecisiete años y después estudié seis años en la Universidad, estuve estudiando hasta los 23 años. Mi educación es jurisprudencia e historia, y la segunda carrera es inglés. Cuando vine a España, el primer mes no tuve trabajo. Después repartí propaganda y más tarde estuve trabajando como maestro de inglés... También, a veces traducía páginas del español al ruso.. No trabajaba de camarero, porque sin tener permiso de trabajo es imposible...”*²⁹ (Entrevista G).

*“Tres años de camarero en Portugal, después cinco años camarero en Francia y tres años de geriatría también en Francia (...). El motivo de venir a España es por trabajo, porque en Francia no había trabajo, pero de momento nada...Llevo desde hace un mes en España y como no tengo papeles...”*³⁰ (Entrevista H).

El progresivo aumento de personas extranjeras sin hogar visualiza la extrema situación de vulnerabilidad que presentan estas personas destacando como factores determinantes la falta de documentación legal y la fragilidad de las redes sociales primarias (Tezanos Vázquez y Sánchez Morales, 2004)³¹. En enero de 2008 residían en España entre 300.000 y 590.000 inmigrantes irregulares (entre el 10 y 19 % del total)³². El perfil que destaca es el de un hombre joven (20 a 44 años) que emigra por cuestiones económicas, aunque cada vez más hay mujeres, menores no acompañados y personas mayores de edad. Los sectores de actividad se concentran en el servicio doméstico, construcción, restauración, hostelería y agricultura que conforman una parte importante de economía sumergida en nuestro país. La situación administrativa que presentan estos inmigrantes les dificulta acceder a la red formal de trabajo y a las prestaciones sociales garantizadas para el resto de los ciudadanos. Esta limitación legal les aboca a una situación de extrema exclusión y de marginación que queda patente a través del progresivo aumento que se viene produciendo de esta población en los diversos centros asistenciales de personas sin hogar en Barcelona. Según la última memoria del SIS “los inmigrantes irregulares se convierten en usuarios recurrentes del sistema”, donde la única atención posible es de tipo paliativo y temporal. Dada la ausencia de recursos y de soluciones viables, los profesionales están denunciando la extrema situación de vulnerabilidad y el creciente riesgo de casos cronicados que están comenzando a aparecer en diversos servicios de la red asistencial.

Los inmigrantes que están en situación regular presentan dificultades para encontrar empleo:

“En mi país acabé el Bachillerato y comencé estudios de psicología, pero no los terminé.

.....
29 Entrevista G : Hombre joven de 25 años, de nacionalidad rusa. Desde hace un año que se encuentra en España. Se encuentra en la calle porque no tiene documentación ni trabajo. Entrevista realizada en el CPA Sant Gervasi el 25 de junio de 2009.

30 Entrevista H: Hombre joven de 29 años de nacionalidad portuguesa, de profesión camarero. Se encuentra en España desde hace 1 mes . Está en la calle debido a la falta de documentación y de trabajo .Entrevista realizada en el CPA Sant Gervasi el 25 de junio de 2009.

31 La encuesta del INE (2005) apuntaba que un 59 % de las personas sin hogar en España eran extranjeras. Esta cifra ha ido aumentando de forma gradual en todas las comunidades autónomas. En la actualidad el 62,2 % de personas sin hogar de la ciudad de Barcelona, y el 53 % de la Comunidad de Madrid son extranjeras (datos extraídos del último recuento realizado en estas dos ciudades durante el año 2008).

32 Proyecto Clandestino: www.eliamep.gr/en/category/migration/

En mi país estaba trabajando y estudiando... Desde abril del 2008 que no tengo nada de trabajo... Nunca me he encontrado así, es la crisis,... porque no encuentro nada... Y eso que me voy moviendo. He estado en Elche, Santander, Barcelona, y no encuentro nada (...) Yo busco cualquier tipo de trabajo, he trabajado en lo que sea..., pero ahora no hay trabajo de nada”³³ (Entrevista B).

“Desde hace tres años que estoy aquí y tengo papeles... Yo soy paleta... pero ahora está difícil encontrar trabajo, no consigo trabajo. Desde hace un año que no encuentro nada.... Busco de todo, paleta, camarero, soldador, lavaplatos, lo que me salga, pero nada. Ahora en esta crisis nadie te puede ayudar (...). La chica de aquí me ha dicho que puedo hacer un curso para mejorar mi castellano, porque todavía no lo hablo bien. No sé, sino encuentro trabajo creo que haré el curso”³⁴ (Entrevista C).

En estos relatos vemos como la actual situación de crisis está afectando a las personas de nacionalidad extranjera, incidiendo en sectores que habitualmente eran muy activos como la construcción, la hostelería o la agricultura. El último informe presentado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) sobre las *Perspectivas de las Migraciones Internacionales*, constata que el desempleo ligado a la crisis afecta en mayor medida a los trabajadores inmigrantes que a los autóctonos. Los sectores que más han caído están ligados a la construcción y a los servicios vinculados al turismo (Pajares, 2009)

Fragilidad en el sistema de protección social

Si el desempleo deviene una de las principales causas de la situación del sinhogarismo, la falta de ingresos o prestaciones sociales incrementa la situación de precariedad en la que se encuentran³⁵. Solo una de las personas entrevistadas está pendiente de cobrar la prestación por desempleo, y otra la renta mínima de inserción³⁶. Sin embargo, es importante destacar que ambas prestaciones suponen ingresos insuficientes para poder desarrollar una vida autónoma. Los centros de acogida cubren la falta de vivienda de manera temporal, pero sería necesario el incremento de soluciones alternativas a la vivienda a más largo plazo. Según el *Informe del Síndic de Greuges* sobre las personas sin hogar (2005) “no existe ningún tipo de vivienda asequible a las personas que se encuentran en esta situación, debido a su bajo nivel de ingresos económicos” (pensión no contributiva, renta mínima de inserción, pensiones mínimas, etc).

El Ayuntamiento de Barcelona y entidades de iniciativa social implementan a partir del año 2005 los pisos de inclusión social, dando respuesta de esta forma a una necesidad básica en los procesos de inclusión social de las personas sin hogar. Estos recursos

.....
33 Entrevista B : Hombre de 40 años, natural del Congo y de profesión policía. Tiene asilo político y se encuentran en España desde 2006. Lleva más de un año en la calle debido a la falta de trabajo. Entrevista realizada en el CPA Sant Gervasi el 4 de junio de 2009.

34 Entrevista C: Hombre joven de 20 años, de nacionalidad marroquí. De profesión es paleta, pero trabajado en diferentes actividades. Se encuentra en España desde hace 3 años. Tiene documentación. Entrevista realizada en el CPA Sant Gervasi el 4 de junio de 2009.

35 Según datos del CPA Sant Gervasi (2009) el 69,30 % de las personas no tienen ingresos económicos, y de las personas que perciben alguna prestación o subsidio estos son claramente insuficientes (pensión no contributiva, RMI, subsidio de paro) para poder salir de su actual situación.

36 La RMI es una prestación asistencial de 410,02 €/ mes que está orientada a la inserción social y laboral de las personas en riesgo de exclusión social.

facilitan una alternativa excelente a las personas y familias que se encuentren en un proceso inicial de exclusión social. Sin embargo, la baja presencia de estos recursos produce la reincidencia o cronificación de situaciones que podrían tener otras soluciones viables a sus dificultades³⁷. Si tenemos en cuenta que la totalidad de los entrevistados está en una fase inicial del proceso, es en este itinerario vital cuando se han de cubrir no solo las necesidades básicas, sino también las que están vinculadas a un proceso amplio de inserción social.

Los centros más utilizados por las personas entrevistadas son en primer lugar los albergues y comedores, y seguidamente los centros de día. En una proporción menor se encuentran los servicios de orientación laboral y otros, como los correspondientes a la red asistencial religiosa. En relación a la opinión de los entrevistados sobre la atención recibida en el CPA *Sant Gervasi* destacan:

“Yo estoy encantada. Aquí estoy empezando a vivir nuevamente. Me están encauzando, me están guiando. Le doy las gracias a este sitio por haberme enviado a las actividades que he pedido. Estoy descubriendo a través de las actividades que me están orientando que puedo vivir de otra forma y que puedo tener un futuro (...). También me están orientando con el tratamiento psiquiátrico” (Entrevista D).

“Estoy muy agradecido, no puedo decir nada negativo. Sobre todo quiero destacar el trato que nos dan, la paciencia que tienen con nosotros. Que gracias a los profesionales que están aquí todos nosotros volvemos a estar mejor”. (Entrevista A)

La totalidad de los entrevistados valora positivamente la atención recibida, destacando en primer lugar el trato de proximidad recibido por los profesionales (en el que se valora la capacidad de escucha y el acompañamiento). Estrategias de intervención que forman parte del trabajo diario llevado a cabo por los profesionales de la red asistencial. Tal como afirma Laura (del Equipo de detección del SIS) “lo que hemos de trabajar principalmente es el vínculo y el respeto. Estas personas necesitan hablar y sentirse escuchados. Por eso, nuestro trabajo es vincularlos con la red asistencial y con sus raíces”.

Los aspectos negativos relatados por los entrevistados son sensiblemente menores, pero es importante destacarlos para que sean contemplados como propuestas de mejora:

“Yo aquí estoy bien, pero esto no es la vida. No me puedo quedar aquí siempre. Es decir, estoy bien, pero... no estoy bien. Hay que buscar unas cosas para que la gente salga de esta miseria (...). Yo no me puedo quedar solo con esto. Yo he pedido una ayuda para buscar una habitación, y así poder seguir buscando trabajo” (Entrevista B).

“Empecé a conocer este mundo, el mundo de la calle, el mundo de los albergues. Y bueno, lo veo muy mezclado, no se separa nada. Acá la gente está mezclada, y claro, la mezcla a veces puede ser explosiva (...). Ves gente que se monta una estrategia para estar acá dentro, y esto yo lo veo atroz. Se creen listos porque están dentro. Acá “el listo” es el que siem-

.....
37 Según datos del Ajuntament de Barcelona, Programa Municipal d'Atenció Social a Persones Sense Sostre (2007) en el año 2005 se crean 11 pisos de inclusión social (con 39 plazas) y en el año 2006 hay 18 pisos de inclusión social (con un total de 72 plazas).

pre está en el albergue y “el tonto” es el que está en la calle... Si, realmente esto es todo un mundo, una manera de funcionar (...). La puerta legal dice “inserción en la sociedad”. Yo sinceramente no lo veo como inserción. Pasamos de un centro a otro centro y no se hace un seguimiento de las personas. Nos ayudan a las necesidades más básicas, pero, ¿qué pasa con esas otras necesidades?” (Entrevista F).

En estos relatos se visualiza una crítica al asistencialismo y a la falta de una atención integral y coordinada entre los recursos que atienden a las personas sin hogar. Una de las mayores dificultades que encuentran estos entrevistados es la falta de centros orientados a las necesidades vitales que puedan presentar las personas a lo largo de su proceso. Destacando como una prioridad básica la implementación de recursos que fomenten la inserción social a través de dos pilares básicos como son empleo y la vivienda.

Desde el año 2005 la política municipal de atención a las personas sin hogar se ha destacado por tener una clara orientación asistencialista (destacando el incremento de recursos y plazas asistenciales)³⁸. En la actualidad, el Ayuntamiento de Barcelona está potenciando y articulando un modelo de trabajo en red con todas las entidades y profesionales implicados en la atención a este colectivo.

En las expectativas de cambio que relatan nuestros entrevistados destacan la necesidad de “recuperar” sus vidas, sus relaciones, sus afectos; en definitiva, volverse a sentir vinculados. Vinculación que en orden de importancia viene determinada por encontrar un empleo, y en segundo lugar por recuperar los afectos y las redes sociales de apoyo:

“A mi lo que más me preocupa es lo del trabajo. Si yo encuentro trabajo soy una persona nueva. Porque ahora yo no bebo, y eso es un motivo más para tirar adelante. Como yo sé que lo del alcohol es lo que me ha destruido todo... Si encuentro trabajo seré otra persona. Estoy repartiendo curriculum en los talleres mecánicos y a ver, a ver si encuentro trabajo” (Entrevista A).

“Ahora lo miro todo como si fuera un mal sueño (...). Quiero mirar para adelante. Como me decía una carta muy bonita que me envió mi hija: “que siga unos pasos firmes, nada está perdido, todo se puede recuperar, y que ellas me están esperando”... Y, entonces, ahora esa es mi meta fundamental, recuperarme para volver con mis hijas. Porque me estoy perdiendo la parte más importante de mis hijas. A la primera la vi nacer, pero a la segunda la conozco por fotografías” (Entrevista D).

Como podemos ver, las expectativas de cambio están relacionadas a necesidades materiales, pero también a afectivas y relacionales; ambas entroncadas a este fenómeno complejo que está profundamente relacionado con la soledad y la desvinculación. En el trayecto vital de cada una de estas personas se han truncado proyectos, se han perdido relaciones, se han roto sueños que forman parte de sus itinerarios individuales, pero que tienen su origen en factores de tipo estructural. Hacer visible la historia de estas personas forma parte del compromiso social que tenemos todos los profesionales e investigadores. Cuando los entrevistados nos plantean la necesidad de “recuperar, entrelazar, construir vínculos” nos hablan de acciones que forman parte de una construcción social

.....
38 El Pla municipal per a la Inclusió Social 2005-2010 planteja un conjunt de actuacions entre les que destaca el increment de recursos i places per a l'atenció a persones sense llar i un treball en xarxa entre totes les organitzacions implicades

y colectiva.

Conclusiones

Esta investigación se inicia con la siguiente pregunta: ¿el cambio de perfiles en las personas sin hogar responde al incremento de la vulnerabilidad social en las actuales sociedades del riesgo? La respuesta la encontramos a través de los datos aportados a lo largo de este trabajo. El perfil de las personas sin hogar en la actualidad se caracteriza por ser mayoritariamente masculino y afecta de forma directa a gente cada vez más joven y de origen inmigrante. Este cambio de perfil que comienza a visualizarse a partir de la década de los noventa deviene un factor clave en este fenómeno. La legislación existente y las políticas sociales en materia de inmigración en nuestro país son las principales causas del alto porcentaje de personas sin hogar indocumentadas. Situación que supone una dificultad para los profesionales que atienden a estas personas recurrentes a unos servicios que no les pueden ofrecer soluciones viables a su grave situación.

La situación de desventaja social que lleva a las personas a encontrarse en la calle se asocia a una diversidad de factores de tipo material (pérdida o debilidad del capital económico), relacional (en donde destacan las rupturas y dificultades familiares) y de salud. Las personas jóvenes se visualizan más vulnerables debido a diversos factores que concurren en sus procesos vitales, factores que están estrechamente relacionados con las desigualdades educativas y las dificultades de acceso al mercado laboral. La falta o escasez del capital económico deviene un factor clave para el acceso o mantenimiento de la vivienda. En estas circunstancias el soporte de la familia se convierte en un elemento clave debido a la escasez de políticas sociales adecuadas. Los datos apuntan a que las personas sin hogar presentan un capital social vulnerable, situación que está asociada a dificultades de relación con la familia y a una escasa red social de apoyo. En un gran porcentaje, estas dificultades son motivadas por aspectos relacionales, en donde las dificultades asociadas a la salud (salud mental y adicciones) van teniendo una mayor representación.

A través de los datos del Ayuntamiento de Barcelona y la entidad Progress hemos podido comprobar como este fenómeno se presenta de forma más extrema en las grandes ciudades. Siendo la dimensión espacial un factor clave en el proceso de dualización que presentan las actuales sociedades de riesgo. Esta nueva pobreza urbana representa el paradigma de la desigualdad y visualiza la fragilidad de las redes sociales y productivas en las sociedades modernas.

La dimensión de análisis cuantitativo se complementa y amplía con el análisis de entrevistas realizadas a personas sin hogar en la ciudad de Barcelona. A través de ellas hemos podido comprobar las variables de exclusión social y los procesos vitales que los desencadenan. Procesos en el que se conjugan diversos factores asociados que se hacen visibles a través de estos relatos de vida. A lo largo de las entrevistas realizadas en el Centro de primera acogida de Sant Gervasi hemos podido comprobar como las mismas personas afectadas nos relataban sus dificultades de formación, de acceso al mundo laboral y a la vivienda y los escasos soportes relacionales con los que contaban para poder

iniciar el camino inverso hacia la inclusión social. En este proceso es donde se conjugan los elementos estructurales e individuales (de etiología diversa) y en donde las aportaciones de Amartya Sen nos ayuda a hablar de potencialidades y capacidades personales frente a las dificultades.

A lo largo de esta investigación hemos podido comprobar la complejidad de este fenómeno y visualizar los frentes abiertos que se dibujan en las actuales sociedades del riesgo. Estamos frente a un fenómeno que presenta causas múltiples y que afecta a los sectores más vulnerables. Vulnerabilidad que está originada por las fracturas protectoras en donde la precariedad laboral, la debilidad de las redes sociales y comunitarias y la fragmentación en las políticas sociales explica su constante crecimiento. Las contribuciones al concepto de la vulnerabilidad aportados por Robert Castel responde a estas fronteras permeables y cada vez más elásticas que son la demostración abstracta de unos procesos complejos y dinámicos en donde transitan cada vez más personas.

El mecanismo causal de este fenómeno en las sociedades actuales tiene que ver con las teorías sobre las “sociedades del riesgo” acuñado por Ulrich Beck. Las transformaciones producidas a partir de la década de los 80 han erosionado los mercados de trabajo traspasando la vida privada y produciendo un proceso de individualización de las desigualdades sociales. Proceso que afectará a las personas más vulnerables (las que disponen de un menor capital económico y social) determinando una trayectoria de desvinculación o desafiliación social (como afirmaba Robert Castel) que caracteriza a las personas sin hogar.

A modo de conclusión puedo afirmar que la hipótesis planteada en esta investigación, “que el incremento del fenómeno del sinhogarismo responde a procesos macrosociales que han caracterizado a las sociedades postfordistas de las últimas décadas” se confirma a través de los datos facilitados por el Ayuntamiento de Barcelona y la entidad de iniciativa social Progress. Se ha podido comprobar como el perfil de las personas sin hogar en esta ciudad responde a los parámetros nacionales y nos lleva a otra importante conclusión que aportaba Mignione, la consideración de la dimensión espacial en los procesos de desvinculación extrema que presentan las ciudades en las sociedades postmodernas.

Los esfuerzos realizados por el Ayuntamiento de Barcelona conjuntamente con las entidades de iniciativa social de la ciudad devienen un factor clave en el desarrollo y consolidación de la red de atención a las personas sin hogar de la ciudad de Barcelona. Crecimiento que se ha potenciado desde el área de los servicios sociales (tradicionalmente los que han atendido estas situaciones), pero que no se corresponde con el esfuerzo y potenciación de servicios y propuestas de trabajo desde áreas claves de protección social como son las de promoción y acceso al empleo, las de políticas de vivienda, las de salud mental y drogodependencias y las relacionadas con la formación educativa. Tal como afirma Pedro Cabrera, el problema de las personas sin hogar ha de ser entendido de una manera holística e integral. Es decir los recursos básicos (que son los que más se han desarrollado en estos últimos años) han de ir acompañados de una buena inserción laboral, una adecuada atención sanitaria, un acceso a la vivienda y una cobertura de prestaciones sociales que acompañen a los diversos procesos de inclusión social de las personas. Este es el reto que deben afrontar las administraciones (con competencias y

presupuestos diversos en las diversas áreas de protección social) y las entidades de iniciativa social (con amplia presencia en este fenómeno y con escasos apoyos para llevar adelante la tarea diaria).

Los retos de futuro que se le plantean a los servicios sociales de proximidad es la implementación de políticas sociales integrales, flexibles y dinámicas que puedan dar respuestas eficaces a un fenómeno que es diverso, multifactorial y cambiante. También la necesidad de profundizar más en este tema desde investigaciones compartidas entre las diversas áreas de protección implicadas (vivienda, salud, trabajo, educación, servicios sociales) que ayuden a comprender el fenómeno y a articular estrategias viables de intervención. En esta tarea están implicados administraciones, entidades sociales, profesionales, políticos, usuarios de los servicios y ciudadanía en general, en un tema que continua impregnado de un imaginario colectivo estigmatizador y excluyente.

Bibliografía

- Ajuntament de Barcelona (2004) *Informe sobre la pobresa i l'exclusió social a la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Sector de Serveis Personals, 131 pp.
- Ajuntament de Barcelona (2005) *Pla Municipal per a la Inclusió Social. Barcelona Inclusiva 2005 –2010*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Sector de Serveis Personals, 84 pp.
- Ajuntament de Barcelona (2007). *Programa Municipal d'Atenció a persones Sense Sostre. Benestar Social*. Barcelona: Benestar Social, 55 pp.
- Ajuntament de Barcelona y Prograss SL (2008) *Prospecció de la ciutat de Barcelona*. Tercer Informe trimestral de 2008. Equip de detecció. Servei d'inserció Social. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 33 pp.
- Avramov, Dragana (1995) *¿L' Unió Européenne loge-t-elle ses pauvres?* Bruxelles: FEANTSA
- Bauman. Zigmund (2000). *Modernidad líquida*. Argentina: Fondo de Cultura económica, 232 pp.
- Beck,Ullrich (1998) *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós, 304 pp.
- Bourdieu,Pierre (2000) *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Editorial Descleé, 232 pp.
- Brenner,Neil (2003) *La formación de la ciudad global y el re-escalamiento del espacio del Estado en la Europa Occidental post-fordista*. Santiago: Eure, pp. 5-35.
- Cabrera Cabrera, Pedro J. (1998) *Huéspedes del aire: sociología de las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Universidad Pontificia, 508 pp.
- Cabrera Cabrera, Pedro.J (2007) "Exclusión social: contextos para un concepto"

en *Revista de Treball Social* nº 180, *Inclusió-Exclusió: oposats o complementaris?* Barcelona: Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Social de Catalunya, pp.9 -21

- Cabrera Cabrera, Pedro J. (2008) *¿Qui dorm al carrer? Una investigació social i ciutadana sobre les persones sense sostre*. Barcelona: Obra Social de la Caixa de Catalunya, 226 pp.
- Cabrera, Pedro J. y M^a José Rubio (2008) “*Las personas sin hogar, hoy*”. Madrid: Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, nº 75, pp 51-74.
- Castell, Robert (1990) “*La desaffiliation: Travail et vulnérabilité relationnelle*”. *Revista Esprit*. Número monográfico dedicado a la “*nouvelle question sociale*”. Paris: Esprit, pp137-168.
- Castel, R (1997) *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Buenos Aires: Paidós, 493 pp.
- Castiella, Txema y Albert Serra (1998). “*Les polítiques locals de benestar social. El cas de l' Ajuntament de Barcelona* “. Barcelona: *Revista Barcelona Societat*, nº 8, pp. 80-95.
- Esping-Andersen, Gosta (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford: Oxford University Press, 67 pp.
- Esping-Andersen, Gosta (2000) *Inequality of incomes and opportunities*.
- Esping-Andersen, Gosta (2007) *Sociological Explanations of Changing Income Distributions*. *American Behavioral Scientist*, Vol.50,nº.5, pp. 639-658.
- EUROSTAT (2004). *Tercer informe sobre la cohesión económica y social*.
- Flaquer, Lluís; Elisabeth Almeda, y Lara Navarro (2006 . *Monoparentalitat i infància*. Barcelona: Col·lecció Estudis Socials nº 20. Fundació La Caixa .Obra Social,156 pp.
- Gemerek, Bronislaw (1989). *La piedad y la horca: historia de la miseria y de la caridad en Europa*. Alianza, 269 pp.
- Goffman, Erving (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 172 pp.
- Grigsby, Charles; Donald Bauman; Steven E Gregorich y Cynthia Roberts-Gray (1990) “*Desaffiliation to Entrenchment: A model and Understanding Homelessness* “. *Journal of Social Issues* 46 (4): 146-156 pp.
- Howe, David (1997). *La teoría del vínculo afectivo para la práctica del trabajo social*. Barcelona: Paidós, 283 pp.
- INE (2005). *Encuesta sobre las personas sin hogar (personas)*.
- Koss, M.P.; G Koss y W, J. Woodruff (1991). “*Deleterious effects of criminal victimization on women’s health and medical utilization*”. *Archives of internal Medicine*, 151, 342-347 pp.
- Mare, R.D (1981). “*Change and Stability in Educational Stratification*”. *American*

Sociological Review, num.46, 72-87 pp.

- Marí- Klose, Pau (2008) *Informe de la Inclusión social en España*. Barcelona: Fundació La Caixa Catalunya “Obra Social”, 211 pp.
- Mignione, Enzo (1994). *Las sociedades fragmentadas. Una sociología de la vida económica más allá del paradigma del mercado*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 630 pp.
- Mignione, Enzo (1996) Urban poverty in the advanced industrial world: concepts, analysis and debats, capítulo 1 en “*Urban poverty and the underclass*” Oxford: Blackwell.
- Misterio de Trabajo y Asuntos Sociales (2001) *Pan Nacional de Acción Social para la Inclusión Social del Reino de España./ PNA (2001-2003)*. Madrid: MTAS, 41 pp.
- Misterio de Trabajo y Asuntos Sociales / IV PNA (2006-2008). Madrid: MTAS, 45 pp.
- Muñoz Lopez,M; C, Vazquez Valverde, J. A, Cruzado Rodríguez (1995) *Personas sin hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Consejería de Integración social. Comunidad de Madrid , 304 pp.
- Muñoz,M; C, Vázquez; S, Panadero, y A ,De Vicente (2005) “Theoretical models in the homeless populations“. Ponencia presentada en: *Fifth Workshop of the CUHP Thematic Network oResearching Homelessness and Homeless Populations*. Milán: Politécnico de Milano.
- Navarro, Vicenç (2003). *L’ Estat de benestar a Catalunya*. Barcelona: Diputació de Barcelona, 283 pp.
- OECD (2008) *Growing Unequal? Income distribution and poverty in OECD countries*, 312 pp.
- Pajares, Miguel (2009). *Inmigración y mercado de trabajo*. Observatorio Permanente de la Inmigración, 214 pp.
- Poulton,R, et al. (2002). ”Association between children’s experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study”. *The Lawcet*, vol.360 (23),p.1640-1645.
- Progress SL (2008) *Servei d’ inserció social*. Memoria d’activitat. Any 2007, 63 pp.
- Progress SL (2009) *Servei d’ inserció social*. Memoria d’activitat. Any 2008, 57 pp.
- Progress SL (2009) *Memòria d’activitat*. Centre de primera acollida San Gervasi. Any 2008, 32 pp.
- Reynolds,J,y Ross, C.E (1990) . “Social Stratification and Health: Education’s Benefit beyond Economic Status and Social Origins”. *Social Problems*, vol.45 (2).
- Sarasa,S (2005). “Pobresa i desigualtat a la ciutat de Barcelona” en *Barcelona Societat/13*. Ajuntament de Barcelona, pp 76-88.
- Sarasa, Sebastià i Albert Sales (2009). *Itineraris i factors d’exclusió social*. Barcelona: Síndica de Greuges de Barcelona, 223 pp.

- Sen, Amartya (1995). Nuevo examen de la desigualdad. Alianza editorial, 221 pp.
- Síndic de Greuges de Catalunya (2005). *Informe extraordinari. El fenomen sense llar a Catalunya: persones, administracions, entitats*. Barcelona: Síndic de Greuges, 65 pp.
- Subirats, Joan (2004). *Pobresa i exclusió social. Una anàlisi de la realitat espanyola i europea*. Barcelona: Fundació “La Caixa”, 180 pp.
- Subirats, Joan (2007) *Los servicios sociales de atención primaria ante el cambio social*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 157 pp.
- Tejero, Elisabeth y Laura Torrabadella (2005) *Vides al descobert. Els mons viscuts del fenomen sense sostre*. Barcelona : Mediterrània, 230 pp.
- Tezanos, J.F (2004). *Tendencias en desigualdad y exclusión social. Tercer foro sobre Tendencias Sociales*, 2ª edición actualizada y ampliada. Madrid: Editorial Sistema, 799 pp.
- Tezanos Vázquez, S y M.R Sánchez Morales (2004). “Los inmigrantes ‘sin hogar’ en España: un caso extremo de exclusión social”. Madrid: *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº 55, Diciembre 2004, pp 45- 64.

El Urbanismo como instrumento de Transformación Social “Área de Santa Adela”. Metodología de Intervención

María Guadalupe Plaza Mohand

Trabajadora Social de la Empresa Municipal de Vivienda y Suelo del Ayuntamiento de Granada

María Isabel Maldonado Muñoz

Mediadora intercultural de la Empresa Municipal de Vivienda y Suelo del Ayuntamiento de Granada

Resumen

En la actualidad es generalmente aceptada la consideración del urbanismo como un instrumento de transformación social. La remodelación de la estructura física del barrio (o de un área dentro de éste), no es solo un hecho urbanístico, sino que es un hecho que incide sustancialmente en los modos de vida, de pensamiento y de acción de sus pobladores. La vida social en todas sus dimensiones conforma y es conformada con las características del hábitat. Esta integración sistemática se observa en una doble dirección e interdependencia: el desarrollo económico y social paralelo a la mejora física del hábitat y al establecimiento de sólidas redes de integración social y viceversa. Por ello el Planeamiento no puede dirigir la evolución del área mediante un proyecto ajeno a la realidad de los grupos que lo habitan.

Desde esta concepción el Plan Especial de Reforma Interior (en adelante PERI) Área de Transformación y Mejora 2 (en adelante ATM-2) “Santa Adela” es un Plan integral que opera tanto sobre el continente –la estructura física- como sobre el contenido –el substrato humano que lo habita,- con la perspectiva del desarrollo sostenible.

Hoy traemos aquí una experiencia urbanística y social pionera en España donde el Trabajo Social, la Educación en Medio Abierto y la Mediación Intercultural están siendo consideradas eje de una actuación de gran calado y complejidad. Expondremos brevemente la metodología empleada en la actuación ya que ella nos ha permitido la elección del método profesional más acorde con la intervención y nos parece muy interesante compartir nuestro trabajo con nuestro colectivo. Pedimos al lector que tenga en cuenta que nuestro objeto de conocimiento está en continua formación, que la buena ética profesional es esencial en el desarrollo de este tipo de planes y nos hace que respetemos siempre la autonomía y el derecho a la participación de la población. Este es un Plan que conlleva mucho más de lo que aquí podemos presentaros, y esperamos haber sabido transmitir la esencia que el mismo puede aportar a la teoría y práctica del Trabajo Social.

Palabras Claves

Vivienda, hábitat, urbanismo, organización de la comunidad, transformación, comunidad, pedagogía del hábitat, método, intervención, mediación intercultural, trabajo social, perspectiva de género e interdisciplinariedad

1.- Introducción: Encuadre Profesional e Institucional

La actuación del ATM-2 “Santa Adela” se enmarca dentro de los objetivos, estrategias y propuestas de planeamiento del P.G.O.U. 2000, y de la política municipal de actuaciones sociales de vivienda y rehabilitación de la ciudad de Granada.

Con esta premisa y dentro de la sistemática de actuaciones en los barrios, se propone intervenir sobre desarrollos de vivienda social de promoción pública emprendida en los años 50 y cuyo estado de deterioro o inadecuación requieren de actuaciones tendentes a su mejor integración, debido a que han sido objeto de abandono de propuestas urbanísticas en los últimos tiempos. Se ha delimitado así en el Plan General, con ese objetivo expuesto, una zona al Sur de la ciudad de Granada en el distrito del Zaidín, en el ámbito denominado Patronato de Santa Adela ATM-2, que afecta a 1.473 viviendas en las que se interviene por fases o unidades de ejecución y donde se estima una población total de 4.736 personas.

Mediante un Plan Especial de Reforma Interior y Mejora del Medio Urbano se define la intervención según los casos: en ordenación con sustitución de la edificación, actuaciones de creación de nuevos espacios libres y equipamientos, rehabilitación de la edificación existente y reurbanización de los espacios urbanos deteriorados. Siempre entendiendo como prioritaria la programación del realojo progresivo de la población afectada, en sus mismas zonas y la imprescindible y necesaria intervención social y educativa.

Tanto es así que, el Plan aborda situaciones globales en infraestructuras, viviendas, equipamientos y espacios libres, manteniendo a la población residente en la zona y aplicando Programas Socioeducativos que, coordinados con la intervención urbanística y desde la participación, logran la revitalización y Transformación y Mejora del Área, con actuaciones que implican la modificación de la estructura física de la vivienda y los espacios urbanos y también de la dinámica social, económica y comunitaria.

La gestión de las actuaciones las lleva a cabo, mediante encomienda de gestión, la Empresa Municipal de Vivienda y Suelo de Granada, que a fin de lograr la participación de los vecinos en el Plan abrió en el mismo barrio del Zaidín (al que pertenece el Área de Santa Adela) en Marzo del año 2004, una Oficina Técnica de Información y Asesoramiento y formó un equipo socioeducativo compuesto por: Dos Trabajadores Sociales y una Educadora Social, al que se incorpora en 2005 una Mediadora intercultural.

Este equipo de trabajo socioeducativo, del que tenemos el privilegio de formar parte, ha sido quien desde los inicios del Plan ha creado la estrategia social y comunitaria que conlleva el Plan; diseñando, aplicando y adaptando a cada fase del Área la intervención Socioeducativa más acorde a través de Programas con sus respectivos Proyectos, actividades, etc. Durante este tiempo, hemos participado activamente en el diseño de la

nuevas edificaciones con el equipo técnico (equipo de arquitectos) lo que sin duda es y sigue siendo una gran oportunidad de plasmar las verdaderas necesidades de hábitat y buena convivencia y hacer sostenible el cambio previsto en el barrio.

Además el equipo socioeducativo del Plan, ha tenido la oportunidad de colaborar en la negociación de firmas de acuerdos con los vecinos (Actas de Avenencia para la sustitución de la edificación) de las fases una y dos en las que se ha podido participar y hacer partícipes a los vecinos de la entrega de las viviendas y firmas de escrituras públicas de estas fases.

Esto es así porque el equipo socioeducativo es el que mayor permanencia tiene proyectada en el Plan y por ende en cada una de sus fases, además de tener relación directa y “día a día” con la población afectada. Estas características tan peculiares en una intervención urbanística hacen que se considere imprescindible que todo profesional de otra área que esté vinculado al PERI, planifique y coordine sus acciones con el equipo socioeducativo. Se consigue con esta coordinación una mayor complementariedad de acciones entre las áreas y los profesionales, a través de la unificación del discurso y de la comprensión del interés que tiene este Plan para una zona y una población altamente necesitada.

Estamos, por lo tanto, ante un Plan de gran calado para la población de la zona y del que podemos destacar la total innovación del mismo. Se trata de una intervención que a pesar de hacerse con el sistema de expropiación forzosa, ha conseguido el total respaldo de la población residente afectada de la zona y un porcentaje muy elevado de participación y colaboración de los afectados y los agentes sociales del barrio. Participación que se está coordinando desde el equipo socioeducativo de Santa Adela gracias a la declaración del Área como Zona de Necesidad de Transformación Social que hace la Comunidad Autónoma, a propuesta del equipo socioeducativo en el año 2005.

Y, es que no podemos obviar que este barrio tiene una trama social generada por un movimiento asociativo fuerte que ha contribuido, en los últimos treinta años, a la mejora sustancial de las condiciones de vida de los hombres y mujeres que viven en él. Es el área sobre la que estamos interviniendo, la que se encuentra, sin embargo, aislada del entorno; y para que su participación sea posible ha sido preciso articular un proceso de desarrollo y potenciación de la red social que cohesione el área y en la que sus habitantes pueden transmitir su visión y recibir la información oportuna del avance y desarrollo del Plan.

Por otra parte, la singular estructura social del ámbito la convierte en una zona susceptible de intervención por parte de múltiples agentes que, de una forma sistemática, vienen dando respuesta a la problemática existente: agentes sociales, económicos, de salud, de empleo, educativos...

Todo lo anterior justifica que la consecución del Plan haya ido acompañada del establecimiento de cauces concretos de participación y coordinación. No sólo como medio para conseguir la adhesión de las personas interesadas sino para permitir la implicación real de todos los agentes posibles.

A partir del trabajo desarrollado, entendemos que las fórmulas que se han adoptado para garantizar la participación, dan respuesta a los siguientes objetivos:

- Conseguir una mayor cohesión e integración territorial.
- Asegurar la coherencia y una mayor rentabilidad y eficacia de las intervenciones en el área.
- Optimizar los recursos existentes, tanto materiales como humanos.
- Favorecer el desarrollo de acuerdos y/o convenios entre las distintas entidades públicas y privadas con implicación en el desarrollo de programas en el área, combinando propuestas de actuación.
- Fomentar el establecimiento de líneas de cogestión en programas especializados necesarios en el área.
- Propiciar un clima favorable para el desarrollo integral (urbanístico, social, económico...) de la zona, a todos los niveles, con la aportación de todos los agentes posibles.
- Introducir una cultura de colaboración para alcanzar metas de interés común, superando posibles enfrentamientos y conflictos.

Visto todo lo anterior, antecede de hecho, marco institucional y premisas tales como la participación de la población y agentes sociales transversal al Plan, es decir, la PRE-ETAPA o Encuadre profesional e institucional, centraremos este trabajo en el proceso a METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN que nos ayudará a hacer teoría toda la práctica desarrollada hasta la fecha, y por lo tanto tratar con esto de ayudar a los compañeros y compañeras del Trabajo Social que realizan intervención individual, familiar, grupal y comunitaria en el hábitat.

2.- Metodología de Actuación del Plan

Para un mejor desarrollo de este apartado hemos querido seguir las enseñanzas de D. Francisco García Fernández en cuanto a metodología globalizadora y método científico se refiere, por considerar a este autor de gran interés en la teoría y práctica del Trabajo Social.

La metodología empleada desde el Plan Especial de Reforma Interior debe ser entendida como una estrategia flexible que articula la acción específica del equipo socioeducativo con el contexto. Estas estrategias se van a fundamentar necesariamente en un proceso de continuo acercamiento a la realidad del área y sus pobladores, que iremos logrando contrastando datos iniciales del área, la población afectada y su entorno anteriores a la actuación (es decir anteriores a 2004) y realizando: entrevistas individuales, familiares, visitas a domicilio, reuniones de comunidad por unidades de ejecución (o fases de sustitución de viviendas), reuniones de grupos específicos (mujeres gitanas, grupo de residentes obreros, grupo de ama de casa, etc.), reuniones con el total de afectados por el Plan, reuniones con agentes sociales e instituciones tales como Asociación de Vecinos, Servicios Sociales Comunitarios, etc.

Este proceso es muy complejo porque es continuo debido a que cuando trabajamos con personas, y sobre todo con este volumen de personas, es constante el cambio y supone una destreza de acción que finalmente nos permite el conocimiento empírico de la realidad concreta e incluye la participación de los afectados en el objeto de intervención del Plan.

La metodología empleada en el Plan de Intervención, así como en cada unidad de ejecución se plantea desde la globalidad de sus etapas, lo que ha permitido y permite al equipo socioeducativo observar las variables intervinientes en cada caso de forma particular y en el área de forma general, así como, nos está permitiendo detectar cualquier tipo de influencia en las causas que pudieran impedir el buen desarrollo del Plan y controlar los efectos positivos y negativos que este genera, dando lugar a definir el objetivo y objeto de intervención de cada uno de los Programas que se están aplicando en cada unidad de ejecución (fase de viviendas).

Concretamente diremos que el **método que se utiliza de forma genérica** para realizar el Plan y sus consiguientes Programas Socioeducativos es el **Método Único**, cuyas fases o etapas del proceso son:

- **Conocimiento de la realidad.**
- **Interpretación técnica de la realidad social. Diagnóstico Social.**
- **Estrategias de Acción Profesional.**
- **Ejecución de los Programas.**
- **Evaluación Continua.**

Como ya apuntábamos anteriormente las etapas de este proceso metodológico se presentan interrelacionadas, formando parte de un todo.

2.1.- Primera Etapa - Conocimiento de la Realidad -

Para obtener el Conocimiento de la Realidad, tal y como exponíamos anteriormente, realizamos un continuo proceso de **acercamiento e investigación de la realidad social** del Área. Es con el manejo de datos como se estructuró el primer estudio previo a la aprobación del Plan Especial que se realiza en 2003 por medio de visitas a domicilio de una muestra de la población total del Área afectada (1473 viviendas en total), con la clasificación de datos del censo y los Servicios Sociales Comunitarios del Zaidín, y con macro reuniones del total de los afectados. Con estos datos recopilados y muy genéricos se elabora un primer diagnóstico de la zona que dan lugar a un perfil de la población afectada y sus necesidades.

Una vez aprobado definitivamente el Plan (2004) es cuando se programa la intervención en cada fase de ejecución o unidad (recordamos que son cinco de sustitución de la edificación y dos de rehabilitación), y con mayor minuciosidad y exactitud se actualizan y elaboran en cada fase los datos (las fases en las que esta etapa del método se han realizado son: 142 viviendas en la Unidad de Ejecución 1, 184 viviendas en la Unidad de

Ejecución 2 y 250 viviendas en la Unidad de Ejecución 3).

Con todo, el equipo socioeducativo calendariza y programa en cada fase los pasos previos a la intervención de obras, por ejemplo:

- Reuniones con cada comunidad de vecinos (constituida o no constituida) que pertenezca a la fase a ejecutar.
- Datos registrales con el título de propiedad de cada uno de los afectados de la fase.
- Visitas a domicilio de cada una de las viviendas donde se cumplimentan datos en una ficha tipo creada por el equipo socioeducativo: Titularidad, Unidad convivencial, Situación individual familiar, Situación económica-laboral y patrimonial, Estudios, Datos sobre la salud, la convivencia entre vecinos, datos sobre la vivienda (reformas, número de habitaciones, preferencias en la futura vivienda, etc.)
- Elaboración de Mapas de Edificios de cada escalera de vecinos afectados en la objeto de intervención.
- Elaboración de Mapas con genogramas con relaciones familiares y vecinales de cada vivienda y escalera de vecinos.
- Elaboración del Flujograma, funcionamiento y metodología del Equipo (ANEXO 1).
- Reuniones con los Presidentes de Comunidad y/o personas más influyentes en cada fase.
- Reuniones con instituciones y asociaciones más representativas en el Área.
- Otras que la dinámica de trabajo exija.

2.2.- Segunda Etapa - Interpretación Técnica de la Realidad Social -

Con todo elaboramos un estudio diagnóstico que sirve de base a todos los equipos de trabajo que se coordinan con nosotros (trabajadores sociales) para llevar a cabo la ejecución de obras, es decir entramos en la segunda fase o etapa a desarrollar que denominamos **Interpretación Técnica de la Realidad Social** y que se resume en la formulación de un **diagnóstico social**.

En nuestro caso, como ya hemos explicado, elaboramos dos tipos de diagnósticos: por un lado un diagnóstico preliminar, es decir una primera aproximación a la realidad, y posteriormente un diagnóstico resultante del estudio sistemático de cada fase o unidad de ejecución del Área de Transformación y Mejora “Santa Adela”. En este diagnóstico hacemos especial mención al perfil de la población con la que trabajamos y añadimos valoraciones técnicas (desde la perspectiva del Trabajo Social y la Educación Social) que ayudan a la realización de las estrategias de acción que llevaremos todos los equipos que intervienen en el Plan.

Ejemplo “Perfil de Población del Diagnóstico preliminar”:

2.2.1.- Perfil de la población objeto de intervención:

El Área de actuación que abarca la intervención es fundamentalmente heterogénea, bien delimitada por las diferentes zonas de actuaciones, que se definen incluso urbanísticamente por “fronteras constructivas” como son las tapias que rodea el Colegio Público de la zona o la Iglesia. Bien, al observar, como curiosamente entre los habitantes del área existe un desconocimiento real de los vecinos de una zona y otra, siendo los extremos los habitantes de la Avenida principal que atraviesa el barrio con la cuarta calle perpendicular a la principal que delimita la intervención. Muchos vecinos del barrio no han atravesado nunca esta calle, de hecho, esta calle no es zona de paso para ningún otro lugar.

Esta heterogeneidad se puede observar en diversos aspectos, pero resulta evidente la diferencia en cuanto a niveles económicos, educativos y recursos con los que cuentan las personas de un área o de otra. La procedencia social de las mismas es distinta también, así como el modo de acceso a la vivienda. Mientras que en las unidades de ejecución uno, dos y tres sus moradores son mayoritariamente damnificados por los terremotos de abril de 1956 que afectaron a familias que residían con anterioridad en los barrios más populares de Granada, como son Albaicín, San Ildefonso, Cuevas del Beiro, del Barranco del Abogado y del Sacromonte, en las unidades cuatro y cinco, así como en las áreas de rehabilitación nos encontramos con familias de militares, pequeños comerciales y profesionales.

También dentro de cada una de estas unidades de ejecución por sustitución de la edificación o de rehabilitación se observa esta misma diversidad, aunque menos extrema.

En cualquier caso, el elemento social común al área delimitada por el Plan, es el alto porcentaje de personas mayores, incluso muy mayores. Detectamos la presencia de:

- Mayores de más de 85 años que viven con un nivel aceptable de calidad de vida, de autonomía, integrado en una red de relaciones vecinales y de barrio.
- Estas personas mayores suelen vivir en pareja sin hijos a cargo o están viudos/as (mayormente mujeres).
- Suelen estar lejos de sus vínculos familiares cercanos (hijos emigrantes o residentes en el área metropolitana de Granada).
- Los problemas de salud más comunes impiden normalmente la correcta movilidad (osteoporosis, artrosis degenerativa, problemas circulatorios, hernias discales, roturas de caderas, enfermedades respiratorias, etc.).

Un segundo elemento común, con matices según las zonas, es el bajo nivel de instrucciones de las personas que habitan el área y que condiciona la interpretación y procesamiento de la información que se les ofrece.

Un tercer elemento, es el bajo poder adquisitivo de la mayoría de la población, reflejado en pensiones mínimas, precariedad laboral e inestabilidad en el empleo, actividades económicas tales como la venta ambulante o recogida de residuos sólidos urbanos y subsidios por prestaciones sociales.

El último factor común es un elevado sentido de pertenencia al barrio. A pesar de los

problemas que todos reconocen, la mayoría desea permanecer en este lugar al que pertenece desde hace algo más de medio siglo y tras una larga historia de vida de arraigos y desarraigos. Y desean seguir con sus comunidades de vecinos y cerca de los espacios de relación y servicios habituales (centro de salud, comercios, iglesia...).

Ejemplo “Perfil de Población del Diagnóstico Resultado en el que omitimos los porcentajes”:

2.2.2.- Perfil de la población con especiales dificultades:

Por población con dificultades o casos sociales se entenderemos aquellas unidades familiares en las que se precisa una particular intervención social o educativa debido a la existencia de mayores solos, personas enfermas, minusválidos físicos y/o psíquicos, etc.

A estos casos corresponde la mayoría, pero en el área aparecen otros sobre todo en las unidades de ejecución (sustitución de la edificación) uno, dos y tres que se refieren a familias con “especiales dificultades” y que ofrecen una radiografía de la problemática existente en el área:

- *Familias con especiales dificultades de convivencia:* falta de hábitos y normas de convivencia (ocupaciones ilegales de las viviendas, morosidad en los pagos de la comunidad de propietarios, mantenimiento y limpieza de las zonas comunes muy deficitaria, existencia de animales domésticos sin ningún control, falta de habilidades sociales) conflictos personales, absentismo escolar...

- *Familias extensas que ocupan varios núcleos familiares,* de varias generaciones (normalmente de etnia gitana).

- *Actividades económicas que generan conflicto en la comunidad:* acumulación de chatarra, venta ambulante y otras.

- *Familias monoparentales* con escasos recursos (71,23% mujeres con cargas familiares).

- *Familias o individuos con problemas de dependencia* de drogas o alcohol.

- *Familias con alguno de sus miembros en prisión.*

- *Enfermos mentales* con familias, o sin ellas.

- *Minorías étnicas,* con mayor o menor grado de integración social: familias gitanas e inmigrantes latinoamericanos, marroquíes y senegaleses.

- *Comunidades de vecinos con dificultades de relación y/o organización* que no están constituidas como tales y en algunas de las cuales no existen los suministros comunes de luz y agua.

Por otra parte, si consideramos las familias que puedan presentar más de 2 problemas, de los relacionados con anterioridad, por ejemplo, el número se elevaría considerablemente ya que abarcaría a familias en las que aparecen:

- problemas de salud relacionados con minusvalías y precariedad económica.
- problemas de enfermedad mental relacionados con falta de hábitos y mala convivencia vecinal.
- mujeres muy mayores a cuyo cargo está un hijo desestructurado, alcohólico o enfermo psíquico, o discapacitado físico
- algún caso de personas, relativamente jóvenes, que podrían acumular objetos y basura en el domicilio.
- personas jóvenes con indicios de trastorno o desestructuración personal.
- personas reclusas y/o exreclusas, desempleadas y con problemas de drogadicción.

Muchas de estas cuestiones explican, en parte, el deterioro urbanístico así como la no finalización del proceso de regularización de los títulos de propiedad de las viviendas... Aparecen núcleos urbanos segregados, que son espacios acotados donde se reproducen las patologías sociales y los comportamientos incívico, manteniendo así sectores aislados de exclusión.

2.2.3.- Potencialidades del Área

Pero no podemos limitar nuestra interpretación técnica de la realidad sólo en las diferencias entre pobladores o la clasificación de la población en función de su mayor o menor dificultad y relevancia, es por ello que nos vemos en la obligación de localizar las potencialidades del Área ya que gracias a ellas podremos plantear una actuación más enriquecedora. Potencialidades:

- La propia diversidad de la zona que, bien encauzada, puede convertirse en sinergia para el conjunto. El encuentro intergeneracional que se produce puede ser también una riqueza y una ayuda al buen desarrollo del Plan. Los jóvenes son, en líneas generales, más optimistas con los cambios.
- Las buenas relaciones familiares, en general, que afecta especialmente a los mayores cuya familia extensa asume los trastornos derivados del desalojo de viviendas que conlleva la intervención.
- El alto grado de participación en el proceso llevado a cabo hasta la fecha, que denota la implicación y el interés de los vecinos y vecinas por el cambio. La participación vecinal en todo el proceso tanto de hombres como de mujeres (96% de participación en convocatorias comunitarias, y un 100% en convocatorias individuales).
- El papel aglutinador de la mayoría de las personas que detentan el cargo de presidentes/as de comunidad.
- La preocupación de los profesionales que intervienen en el Área, especialmente por los mayores (Servicios Sociales Comunitarios, Salud, Educación, Centros de Día...).

2.3.- Tercera Etapa - Estrategias de Acción Profesional-

Llegado a este punto y realizado el diagnóstico preliminar y el diagnóstico resultado, el equipo interdisciplinar de trabajo, elabora la tercera etapa del método que son **las Estrategias de Acción Profesional**. Es decir, elaboramos y adaptamos los objetivos, posibilidades y criterios de Plan, a los **Programas** y sus respectivos Proyectos socioeducativos a cada unidad de ejecución o fase de intervención urbana.

Para ello partimos del **Objetivo General** del PERI ATM-2 “Santa Adela” que es:

“Mejorar las condiciones de vida de los habitantes del Área propiciando el mantenimiento de la población residente, la revitalización socio económica del Área y la integración social, a través de una intervención integral que combine obras de rehabilitación, nueva planta, urbanización y trabajo socio educativo, con la participación de la población afectada”.

Elaboramos los Objetivos Específicos:

- Mejorar el medioambiente urbano, que supone la mejora de las condiciones de habitabilidad y accesibilidad, con la reestructuración de la trama urbana y el aumento y recualificación de las zonas libres, acompañado de Programas de Pedagogía del Hábitat.

- Dotar los equipamientos, con la construcción de espacios que favorezcan la integración social y que respondan a las necesidades de la zona.

- Desarrollar el tejido económico, teniendo en cuenta las previsiones del Plan, los condicionantes sociales, y los elementos necesarios para su sostenibilidad.

- Desarrollar los Programas socioeducativos, en los que se incluyen todas las actuaciones y proyectos destinados a propiciar la integración y cohesión social, la participación y el mantenimiento de la población con especial atención a los colectivos más desfavorecidos y a las circunstancias socio familiares de los pobladores del área.

Objetivos Urbanos/Habitabilidad del PERI.

- Sustitución del soporte edificatorio más deteriorado, proceso que habrá de coordinarse con un programa de realojo de la población y una mejora de las condiciones de habitabilidad y accesibilidad del resto de las viviendas. La actuación se enfocará de forma diferenciada por áreas homogéneas.

- Reestructuración de la trama urbana de la zona, dotando de una estructura reconocible, “abriendo” la zona transversalmente y longitudinalmente y “cosiendo” los bordes de calle Asturias y Bailen, generando nuevos espacios urbanos que serán la identidad del nuevo área Santa Adela.

- Aumento y cualificación de las superficies destinadas a zonas libres; su definición es fundamental a la hora de cualificar los nuevos espacios de la ciudad.

- Adecuación del sistema de equipamientos y servicios que favorezcan la integración social, con la mejora y creación de nuevos soportes públicos que sean propicios a satisfacer las demandas vecinales.

- Mejora de las infraestructuras existentes, con un ambicioso plan de urbanización

que además de nuevos trazados viarios y espacios públicos en operaciones de sustitución incluya una mejora de las infraestructuras en toda la zona.

Con estos objetivos hacemos necesaria la vinculación al uso de nuevos espacios públicos que pretende provocar una vocación urbana que se transmita a la necesidad de mantener adecuadamente unos tipos edificatorios adaptados a las cambiantes exigencias de los modos de vida.

En este sentido partimos también de elaborar estrategias de acción con los siguientes criterios:

Criterio de Integralidad: Es necesario acometer una estrategia integral, considerando el territorio como unidad operativa básica, unido al concepto de hábitat, introduciendo con ello el acercamiento entre lo social, lo económico, lo urbanístico y el medio ambiente.

Criterio de Participación: El protagonismo de la Comunidad es fundamental para la viabilidad y puesta en marcha del Plan. El primer nivel de la participación es el del acceso a una información que lo haga transparente y comprensible para lograr la adhesión de las personas afectadas.

Criterio de Sostenibilidad: La intervención ha de cuidar y enriquecer la viabilidad de los sistemas sociales e institucionales que le permitan su sostenibilidad procurando el mantenimiento de los cambios y desarrollo que se genere a todos los niveles: ambiental, social, cultural, económico... Esto supone desarrollar una práctica que cree tejido social, cambie o adecue actitudes y valores en la población y que se base en recursos, agentes y posibilidades de la propia Comunidad.

Criterio de Convivialidad: Es importante analizar los efectos que la urbanización puede tener sobre la vida cotidiana de sus habitantes y sobre las dinámicas colectivas y relaciones que sobre el mismo se puedan articular, para que el proceso de planificación urbanística mejore la convivencia y se recupere el auténtico sentido humano y social de la intervención. En este sentido, habrá que prestar atención a los factores de intergeneracionalidad e interculturalidad.

Criterio de Inclusión social: El enfoque transversal de la inclusión debe traducirse a medidas específicas y especializadas que atiendan la diversidad social existente en el Área, generando procesos que conviertan la previsión de conflictos en oportunidades y retos de integración y desarrollo conjunto.

Llegados a este punto, el equipo socioeducativo, comienza la **elaboración de los Programas Sociales, Educativos y de Mediación Familiar e Intercultural** necesarios para el logro de los objetivos. Entenderemos que los Programas son el eje de la actuación urbanística y social que posibilitan el cumplimiento de los objetivos sociales previstos que hacen sostenible las mejoras que se están realizando en el barrio, y que pretenden la creación de comunidades de vecinos bien gestionadas, el trabajo educativo con niños y jóvenes, la formación de las personas, seguimiento de los propietarios realojados, sensibilización medioambiental, aparición y/o consolidación de hábitos de responsabilidad vecinal y ciudadana.

Aportamos aquí, una breve descripción de cada uno de ellos, tomando para ello como referencia el objetivo general que planteamos los trabajadores sociales en cada uno de los Programas:

1.- PROGRAMA: DE PEDAGOGÍA DEL HÁBITAT

Objetivo General: Aprender a vivir en comunidad, usando respetuosamente la vivienda, los espacios comunes y el entorno que nos rodea, implica abrir un proceso de reflexión-acción, donde las personas destinatarias de la intervención se conviertan en protagonistas activas en la resolución de sus problemas, intereses y expectativas. Se trata de buscar acciones educativas conectadas con sus intereses significativos, teniendo en cuenta sus experiencias previas, dificultades y potencialidades.

2.- PROGRAMA: ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD

Objetivo General: Mejorar las relaciones sociales y vecinales facilitando las herramientas y recursos que permitan una mejora de la convivencia en las nuevas edificaciones y la asunción de responsabilidades sobre las mismas y el entorno inmediato.

3.- PROGRAMA: ATENCIÓN A COLECTIVOS CON ESPECIAL DIFICULTAD

Objetivo General: “Propiciar la integración y cohesión social, la participación y el mantenimiento de la población con especial atención a los colectivos más desfavorecidos y a las circunstancias socio-familiares de los pobladores del área”.

4.- PROGRAMA: DESARROLLO SOCIO-ECONOMICO Y EMPLEO

Actuaciones encaminadas a la adquisición de habilidades sociales y elaboración de instrumentos para afrontar la búsqueda de nuevo empleo. Dirigido a las personas desempleadas de las tres Unidades de Ejecución.

PUNTO DE INFORMACIÓN JUVENIL: Actuación encaminada a servir de enlace con los jóvenes de la zona a quienes les resulta más difícil acceder por otros cauces a ofertas de empleo, de formación, de ocio y tiempo libre mediante paneles informativos para soporte papel, instalado en la Oficina Técnica; y actualización del correo electrónico.

5.- PROGRAMA: SENSIBILIZACIÓN SOCIAL

Objetivo General “Potenciar el sentido de pertenencia de los habitantes del área. Optimizar los recursos humanos existentes en el área fomentando redes de colaboración y/o voluntariado”.

6.- PROGRAMA: REALOJO TEMPORAL

Objetivo General: “Mantener a la mayor parte de la población posible en una situación de realojo temporal, dentro de la propia área lo que evita el desarraigo y el aislamiento, especialmente de los mayores. Las opciones planteadas van dirigidas a adecuar la oferta a la necesidad real de cada propietario/a y a facilitar en la medida de lo posible esta situación, incómoda de partida, de abandonar la vivienda habitual durante el tiempo que dura la ejecución de obra”.

2.4.- Cuarta Etapa - Ejecución -

La siguiente etapa conocida como de **Ejecución** se caracteriza por la **puesta en marcha del plan de trabajo** (en sentido genérico) que como habéis podido comprobar se diseña en la anterior fase de Programación. Consiste en la concreción de proyectos, talleres, visitas a domicilio, reuniones, entrevistas, atenciones, etc., todo relacionado siempre con el momento concreto de su puesta en marcha, los objetivos marcados en los Programas, y los criterios de actuación.

Es de destacar en esta etapa la compleja labor de coordinación que tenemos que hacer los trabajadores sociales; no sólo por la coordinación que de por sí conlleva trabajar con un equipo interdisciplinar (dos trabajadores sociales, un educador social, una mediador intercultural, una comercial de realojos y una administrativo), sino porque además en la ejecución de un Plan tan complejo se pone en marcha la necesaria coordinación con: el equipo de arquitectos, el Ayuntamiento, la Gerencia de Urbanismo, el Equipo de Actas de Avenencia, el Departamento Técnico de la Empresa Municipal de Vivienda, la empresa de Mudanzas, las instituciones públicas y privadas que trabajan en el área del Plan, las Notarias y el Departamento de Administración de la Empresa Municipal de Vivienda.

Centrándonos en esta etapa y como ya anunciamos con anterioridad, cada Programa conlleva un proyecto de ejecución, con objetivos específicos, actividades y tareas. A continuación nombramos muy brevemente los más representativos:

1.- PROGRAMA PEDAGOGÍA DEL HÁBITAT

Proyecto “Mantenimiento del hábitat”. Finalidad: Educación en valores que permitan la mejora de las condiciones de vida y del hábitat, así como el desarrollo personal y la convivencia de las comunidades que forman parte del proceso.

Proyecto “Habilidades Sociales y Resolución de Conflictos”. Finalidad: “Abrir un proceso de reflexión-acción, donde las comunidades destinatarias de la intervención se conviertan en protagonistas activas en la resolución de sus problemas, intereses y expectativas. A través de acciones educativas conectadas con sus intereses significativos, teniendo en cuenta sus experiencias previas, dificultades y potencialidades.

Proyecto “Sensibilización Medioambiental”. Actuaciones de sensibilización medio ambiental que ayuden a la preservación del medio ambiente urbano de la zona (mayores, centros escolares, niños, jóvenes...). Actuaciones que favorezcan el reconocimiento y revalorización de la zona para mantener y potenciar el sentido de pertenencia.

2.- PROGRAMA ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD

Proyecto “Comunidades de Propietarios”. Actuaciones encaminadas al mantenimiento, regularización y/o constitución de comunidades de vecinos. Actuaciones encaminadas a fomentar la mejora de la vecindad y la convivencia atendiendo a la diversidad generacional y cultural de cada una de las comunidades de vecinos. Actuaciones encaminadas a favorecer el cuidado y mantenimiento de la nueva vivienda y del entorno, limpieza de hogar, del edificio, cuidado de los espacios comunes, etc.

Taller Seguimiento de Obras. Objetivo es mejorar la participación en la ejecución de obras de los afectados.

3.- PROGRAMA ATENCIÓN COLECTIVOS CON DIFICULTADES

Proyecto de “Atención Individual Familiar”. Finalidad: Promoción y desarrollo pleno de los individuos, y núcleos familiares, potenciando las vías de participación para la toma de conciencia, la búsqueda de recursos y la solución de los problemas dando prioridad a aquellas necesidades sociales urgentes que detecte el equipo socioeducativo. Además de establecer vías de coordinación entre organismos y profesionales que actúen, dentro de su ámbito territorial, en el trabajo social.

Proyectos de “Mediación intercultural”. Desarrollamos actuaciones de acompañamiento a personas mayores y o familias (inmigrantes, de etnia gitana, excluidos) que les permitan resolver las dificultades, y de problemas prácticos que se les planteen mediando entre ellos y las instituciones (centro de salud, entidades de empleo...). Mediación para la prevención del Absentismo escolar: información de plazos y gestión de matrículas.

Proyecto “Aquí cabemos todas”. Objetivo: Desarrollar, fortalecer y difundir programas y actividades de promoción de la salud y el auto cuidado para permitir una contribución a la mejora. Se pretende la incorporación de nuevos conocimientos, prácticas y técnicas didácticas que permita transferir hábitos, actitudes y comportamientos saludables a mujeres jóvenes de esta población.

Proyecto “Regularización y Mediación Familiar”. Finalidad: Prestar a todos los afectados residentes del Área de Intervención que tengan irregularidades en sus títulos de propiedad o no cuenten con el mismo por estar en posesión de la Administración Autónoma, el Servicio de Mediación en Conflicto, Orientación y Asesoramiento Jurídico y Social, que les facilite regularizar el título de propiedad, o en su caso regularizar su situación con la Administración y conveniar finalmente sus Actas para acceder a una vivienda nueva.

4.- PROGRAMA DESARROLLO SOCIO-ECONÓMICO Y EMPLEO

Proyecto “Buscando Empleo y Acceso a recursos”. Objetivo: Promover la inserción laboral de las mujeres y hombres desempleados con mayor dificultad de acceso al mercado de trabajo. La finalidad es descubrir las potencialidades de las mujeres y el acceso a los recursos existentes en esta materia.

Especialmente dedicado a la población joven del barrio, minoritaria pero afectada de graves carencias y en riesgo de exclusión es objeto de nuestra atención, intermediando con las ofertas municipales que se canalizan a través del Punto de información juvenil. Paquetes Informáticos, entradas de ofertas de empleo, formación, ocio y tiempo libre.

5.- PROGRAMA SENSIBILIZACIÓN SOCIAL

Proyecto “Recuperación memoria histórica del barrio”. Objetivo: Permitir la recuperación histórica del barrio, valorando los aspectos históricos y culturales del mismo, favoreciendo el reconocimiento y revalorización de la zona para mantener y potenciar el

sentido de pertenencia de sus moradores.

Proyecto “Voluntariado y participación social”. Objetivos: Fomentar las redes de colaboración y/ voluntariado, formar un grupo de personas voluntarias para atender el proceso de desalojo y realojo de mayores y familias con dificultad, ayudar a estas personas en las tareas derivadas del desalojo y realojo relativas a sus enseres personales y acompañar a las personas mayores en el proceso de cambio que el Plan les supone.

Proyecto “Donde habita el recuerdo”. Objetivo: Propiciar la integración y cohesión social, la participación y el mantenimiento de la población, favoreciendo un espacio de encuentro, esparcimiento, de ocio, cultural y medioambiental que preserve y de a conocer nuestras tradiciones.

6.- PROGRAMA REALOJO TEMPORAL

Proyecto “Hábitat Temporal”. Actuaciones encaminadas a favorecer la aparición y/o consolidación de hábitos de responsabilidad vecinal y ciudadana: actualización de pagos, conocimiento de los derechos y deberes, respeto y aceptación de las normas. Seguimiento de las condiciones de integración en viviendas de realojo.

Proyecto “Gestión de mudanzas y realojo”. Objetivo es mantener a la mayor parte de la población posible en una situación de realojo temporal, dentro de la propia área lo que evita el desarraigo y el aislamiento, especialmente de los mayores. Las opciones planteadas van dirigidas a adecuar la oferta a la necesidad real de cada propietario/a y a facilitar en la medida de lo posible esta situación, incómoda de partida, de abandonar la vivienda habitual durante el tiempo que dura la ejecución de obra.

2.5.- Quinta Etapa - Evaluación -

En cuanto a la Evaluación como última etapa debe realizarse en base a una valoración crítica de las intervenciones llevadas a cabo, tomando como punto de referencia la planificación y la ejecución de la misma. La evaluación, en su acepción amplia, designará el conjunto de actividades que sirven para dar un juicio, hacer valoraciones o medir algo (objeto, situación, proceso, etc.). Así será considerada como la última fase de la estructura básica de procedimiento y como técnica de control operacional.

Siendo considerada en primer lugar como la fase final de un proceso de estudio-investigación, programación, ejecución y evaluación que consiste en utilizar una serie de procedimientos destinados a comprobar si se han conseguido o no las metas y objetivos propuestos.

Y en segundo lugar como proceso permanente de control operacional. De tal forma que la evaluación es la comparación o constatación que resulta de confrontar lo que se ha hecho o realizado, con lo que se quería hacer, investigando por qué ha ocurrido lo que ha ocurrido, es decir, los factores que han influido en los resultados. Ésta, tiene por finalidad constatar los resultados obtenidos y proponer las correcciones o reajustes necesarios, de modo que contribuya a la toma de decisiones de cara a establecer modificaciones en la acción.

Esta etapa aunque aparezca como última dentro del proceso metodológico del Plan, debe entenderse en el doble sentido expresado anteriormente, como constante en todo el proceso metodológico, ya que en todo momento es decisivo valorar cuándo hemos de dar marcha atrás, o continuar con el proceso y, como la consecuencia de los objetivos formulados en el plan, programa o proyecto.

Por último, no debemos olvidar que las intervenciones con comunidades suponen un cambio en los roles profesionales y una pérdida de poder y control sobre los sujetos de la comunidad y sus sistemas de apoyo, al ser la comunidad la que se auto-responsabiliza y se compromete en su propio crecimiento. Es necesario, por tanto, que para que la metodología planteada tenga éxito en la comunidad, objeto de intervención, exista disposición y motivación por parte de los miembros que la componen y que se hayan valorado las prioridades de trabajo desde la comunidad con los representantes de la misma.

3.- Mediación Intercultural y Trabajo Social en el Área de Santa Adela.

Cuando tiene lugar el comienzo del Plan Especial de Santa Adela, y se forma el equipo socioeducativo del que venimos hablando a lo largo de todo el documento, es importante resaltar la figura del mediador intercultural. Esto es así porque en los inicios del Plan no se contó con esta figura profesional. Como ya se ha explicado en 2004 iniciamos el equipo dos trabajadores sociales y una educadora social. Pues bien, había algo en el conocimiento de la realidad de Santa Adela que no conseguíamos captar.

En los inicios los Trabajadores Sociales estábamos centrado en la fase de información pública del Plan y conociendo e introduciéndonos en la zona. La Educadora (que no era una persona ajena al barrio) sin embargo, sí conocía a gran parte de los afectados, lo cual facilitó nuestra introducción en las comunidades como personas, que no como trabajadores sociales al servicio de la administración. Esto levantaba recelos y, por aquel entonces, no contábamos con el tiempo suficiente como para ganar la confianza de los grupos de familias más reacias a nuestra presencia entre los que se encontraban las familias de etnia gitana (de gran representatividad en la zona) y los inmigrantes.

En cuanto a las familias de etnia gitana nos encontrábamos con:

- Niveles de formación básicos, o analfabetismo absolutos.
- Por la historia de este colectivo, tienen la sensación de ser perseguidos por las Administraciones Públicas.
- Su falta de formalización de Escrituras de la Vivienda es debida a que consideran los contratos verbales o privados válidos para la adjudicación de sus viviendas.
- Dificultad a la hora de hacerse entender y defender sus propios intereses.
- Problemas a la hora de comprender y entender la información recibida por los técnicos.
- No comprender los límites que impone el Ayuntamiento sin dar lugar a posible ne-

gociación.

- Otros.

En cuanto a los inmigrantes tenemos que:

- Dificultades en el lenguaje como ocurre con el colectivo de senegaleses, congoleños, marroquíes e incluso de los sudamericanos.

- Nivel alto de alfabetización, como ocurre con los marroquíes.

- Miedo sobre todo por parte de los colectivos de senegaleses y congoleños por la propia regularización de sus documentos (sin permiso de residencia actualizado).

- Desconfianza de la administración pública ante el cambio de vivienda.

- Otros.

Es por todo, que nos planteamos incorporar al equipo socioeducativo la figura de un mediador intercultural esta figura contribuye a potenciar los recursos, personales y sociales, para atender aquellas necesidades que puedan generar conflicto o malestar entre sus miembros, por causa de las diferencias culturales.

Las principales tareas que tiene encomendada la mediadora con los colectivos señalados con anterioridad son: promoción de las buenas relaciones interculturales, mediación con redes de colaboración y voluntariado, movilización de recursos, acompañamiento en los procesos de regularización de títulos de propiedad, apoyo en la escolarización de los menores, mediación para el aprendizaje de hábitos para la buena convivencia, promoción del conocimiento de los derechos y deberes de cada ciudadana/o, apoyo en la planificación familiar (talleres de educación sexual y en salud), apoyo en hábitos de pago de los suministros básicos (luz, agua, comunidad), ayudar a los diferentes sectores de la sociedad educativa a lograr un mayor conocimiento mutuo que facilite su participación para el logro de unos resultados educativos óptimos. Además, debido al índice de desempleo que presentan estos colectivos e incluso el resto de residentes del área, la mediadora realiza una tarea de intermediación para poner en contacto a los afectados con los servicios normalizados de empleo.

Por otro lado gracias al Trabajo Social el Plan Especial de Reforma Interior ATM-2 “Santa Adela” parte de entender que la perspectiva de género es un enfoque destinado a mejorar la eficacia social de las intervenciones y programas públicos, a través del reconocimiento de dos hechos relevantes a la hora del diseño y evaluación de los programas: uno, la existencia de prioridades y requerimientos sociales y sectoriales específicos según género y edad, que deberán estar presentes en los diagnósticos de necesidades; y dos, el hecho de que las políticas públicas tienen efectos específicos sobre el bienestar y calidad de vida de hombres y mujeres en sus distintas edades, lo que debiera verse controlado en la fase de evaluación de programas.

En relación a los espacios, partiremos de entender dos tipos de espacios: uno el **espacio doméstico** se identifica con el ámbito reproductivo, con el espacio de la “inactividad” donde tiene lugar la crianza, los afectos y el cuidado de las personas dependientes, es decir, donde se cubren las necesidades personales. En este espacio es donde se ha colo-

cado tradicionalmente a las mujeres. Y, dos, el **espacio público**, que se identifica con el ámbito productivo, con el espacio de la actividad, dónde tiene lugar la vida laboral, social, política, económica; es el lugar de participación en la sociedad y del reconocimiento. En éste espacio es donde se han colocado los hombres tradicionalmente.

En este reparto espacial, la mujer es asociada hasta tiempos recientes con el hogar en un gran confinamiento que produce una figura histórica: el ama de casa. Lo femenino se asimila al ámbito reproductivo, al espacio doméstico, pero este espacio tiene un sentido muy distinto para hombres y mujeres: para los hombres es un refugio y una posibilidad de creación, ocio, expansión individual. Para las mujeres se convertirá en un destino. Así, si el hombre puede lograr su autonomía frente a la comunidad, es en muchos casos porque alguien se hace cargo de los aspectos comunitarios, es porque la abnegación femenina permite así la individualidad masculina, su proyección al mundo, su universalidad.

En este sentido, los Programas Socioeducativos elaborados, tratan de incorporar a la mujer en el espacio público, rompiendo con la tradicional asociación de la misma al espacio doméstico. Esta tradición que limita a la mujer sus posibilidades de expansión, es objetivo en las intervenciones que llevamos a cabo. Un claro ejemplo en este sentido lo encontramos en el sentido de la propiedad que encontramos en los inicios en el Área de Santa Adela.

Pues bien, a pesar de que las mujeres del barrio siempre han sentido su vivienda como un bien necesario porque es el espacio en el que crea y desarrolla a la familia, jamás han identificado la vivienda como una propiedad. En este sentido, es el hombre quien al desempeñar un rol productivo en el hogar es nombrado propietario de la vivienda, y en última instancia quien toma las decisiones más relevantes acerca de su propiedad. Ni siquiera las viudas del barrio reconocían ser propietarias de sus viviendas, haciéndonos saber a todos que sus difuntos maridos había dejado la vivienda no a ellas sino a sus hijos.

Conociendo la historia del barrio de Santa Adela, esta percepción de la propiedad es cuanto menos difícil de entender, pues en la adjudicación de viviendas del Área de Santa Adela jugaron un papel fundamental las mujeres. Ellas fueron las que lucharon y rogaron incesantemente y por el bien de sus hijos la cesión de una vivienda, y sin embargo no entienden que por derecho también es de su propiedad. El reto para el equipo socioeducativo, así como el esfuerzo en cada una de las reuniones de vecinos en las que se trata la ejecución del Plan, es que todos los titulares de las viviendas implicadas participen en ellas. Entendiendo con ello no sólo que acudan hombre y mujeres sino que además participen con voz y voto en igualdad de condiciones y, en el caso de las mujeres, se sientas propietaria de sus viviendas.

No son pocas las mujeres que cuando se ha pasado lista en las reuniones, han oído su nombre como titulares gananciales, o, como titulares por derecho de sucesión (como es el caso de las viudas) y han alzado su voz para rectificar al orador clamando no ser titulares de las viviendas y nombrando a sus maridos como únicos titulares. A todas ellas, e incluso a sus maridos e hijo ha habido que explicarles que son propietarias de sus viviendas y como tales pueden y deben participar en las decisiones que afecten a la misma.

Hoy por hoy, las mujeres de Santa Adela están adquiriendo un nuevo rol en sus vidas,

poco a poco están participando de los espacios públicos, de la vida social y de su propio espacio individual, y como no, se reconocen como titulares de sus viviendas.

De esta forma el equipo socioeducativo con el desarrollo del Plan entiende que la vivienda, el hábitat, es el espacio vital donde la cultura, la generación, la etnia, el género son un todo que comparte un mismo contexto. De esta forma, producir modificaciones en el espacio es hacerlo también en el tiempo y en los contenidos para asegurar su continuidad y sostenibilidad.

4.- Equipo Interdisciplinar – Trabajador Social, Educador Social y Mediador Intercultural

Como ya se ha mencionado con anterioridad el equipo de trabajo destinado en Santa Adela está compuesto de dos Trabajadores Sociales, un Educador Social y una Mediadora Intercultural. El Trabajador Social es considerado el responsable máximo de la intervención socioeducativa, planifica, diseña, organiza y coordina los Programas Socioeducativos y al equipo de trabajo. Así como calendariza la intervención en cada una de las fases de sustitución de la edificación, es el responsable final del cumplimiento de los objetivos y constituye una pieza clave en la negociación de acuerdos con los afectados. La información técnica del Plan es exclusivamente su responsabilidad, así como la coordinación con la Administración Local y, aunque debo decir que siempre se aboga por la implicación en todas las fases de la actuación del equipo socioeducativo al completo.

El Educador Social y de Medio Abierto, es el responsable del diseño y ejecución de los diferentes Proyectos que debemos poner en marcha en cada uno de los Programas. Su cercanía con el vecindario es fundamental para la elaboración de estrategias de acción concretas. Es el responsable máximo de las reuniones comunitarias así como de los proyectos desarrollados en el Programa de Pedagogía del Hábitat y Organización de la Comunidad.

La Mediadora intercultural, familiar e individual es para el Trabajador Social imprescindible y esto es debido al tipo de actuación que desarrollamos, no olvidemos que la intervención es llevada a cabo por un Ayuntamiento y esto crea de por sí muchos miedos. Pues bien, el mediador intercultural sirve de apoyo en la intervención a nivel individual y familiar desarrollado por los Trabajadores Sociales, y se desvincula del rol burocrático que el plan puede tener, así como se desvincula de la toma de decisión final que los técnicos del trabajo social y por ende el Ayuntamiento realiza. Es decir, se posiciona en el centro de la intervención individual – familiar, no tiene obligaciones con el trabajador social, aunque nuestra finalidad sea la misma, la mediadora debe permanecer en una posición neutral, ciertamente complicada, por un lado se debe al objetivo del Plan pero por otro hace que los técnicos podamos recuperar en un momento dado la empatía con el afectado por el plan.

Su complicidad con los vecinos del área es altísima llegando a manejar datos íntimos de la vida diaria de la población que en ningún momento tiene porque compartir con los técnicos del Trabajo Social, para evitar de esta forma contaminar en las decisiones que

tomamos.

En cuanto a la Educación Social y de Medio Abierto se refiere, la mediadora intercultural diseña actividades concretas a desarrollar en los proyectos. Estas actividades están destinadas a grupos de población residente muy concretos, por ejemplo: jóvenes mujeres de etnia gitana, grupos de desempleados, grupos familiares que pertenecen a un mismo núcleo, grupos de residentes de gran influencia en el área,... Son numerosos los proyectos en los que está implicada la figura del mediador. Y, en gran medida facilita la intervención del educador social ya que sabe hacer ver a los residentes más conflictivos las ventajas de la actuación.

Juntos formamos un equipo que se complementa mutuamente donde a pesar de que cada profesional comprende y tiene delimitada su área de actuación y rol a desempeñar, nos negamos a desarrollar exclusivamente un trabajo multidisciplinar y abogamos por el trabajo interdisciplinariedad, e incluso en momentos puntuales realizamos intercambio de roles. El enriquecimiento que nos aporta esto a cada una de las disciplinas a las que pertenecemos como profesionales hace que nuestra formación sea continua y nuestro conocimiento de la realidad y consecuentemente la ejecución del plan, se adapten a las verdaderas necesidades de la población.

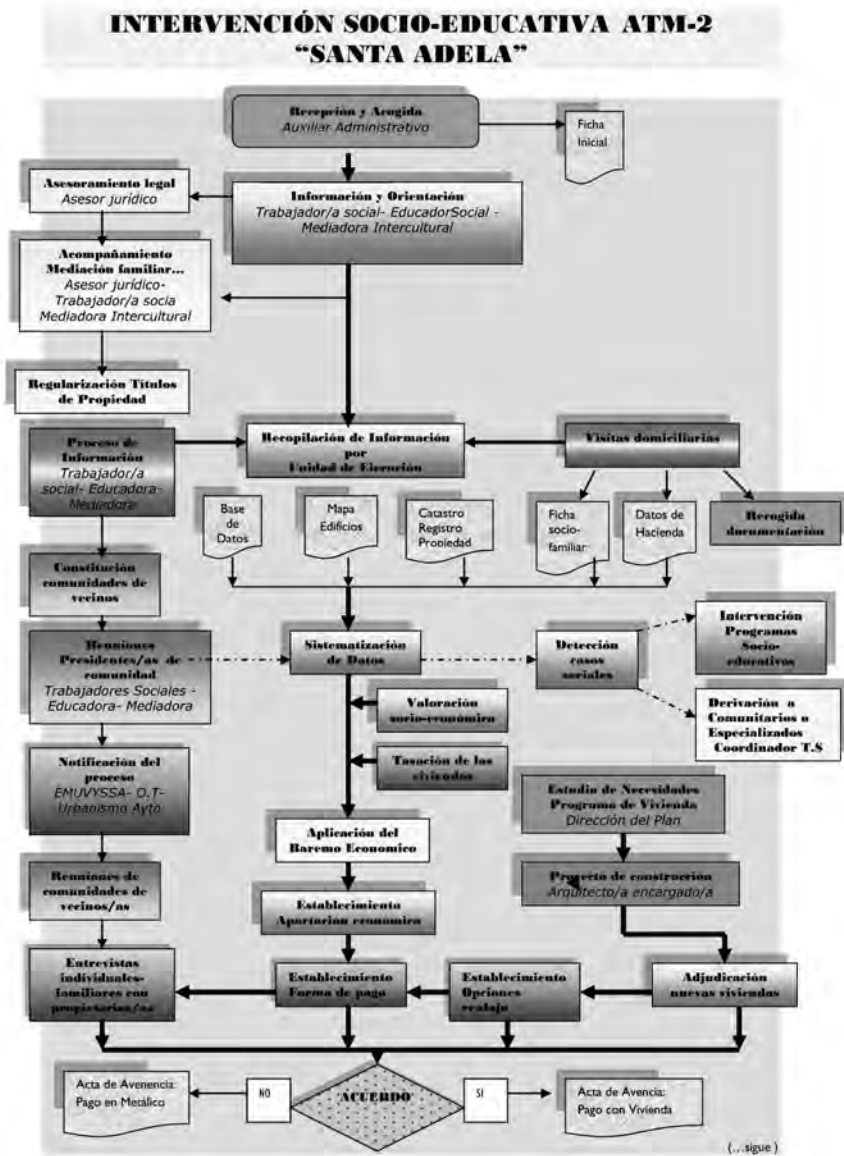
El Trabajador Social no se mantiene en el despacho y necesariamente se muestra cercano a la realidad de la zona y sus pobladores a nivel individual, a nivel familiar, a nivel grupal y a nivel comunitario. El Educador de Medio Abierto trabaja todos los niveles antes mencionados y se implica en el desarrollo de la planificación del Plan y sus distintas etapas. Al igual que ocurre con los Trabajadores Sociales tiene un control elevado de los recursos del barrio y participa de las asociaciones que en ella se encuentran. Y, por último, pero no menos importante, la mediadora intercultural facilita a los técnicos el conocimiento real de la vida de los residentes en Santa Adela, y digo real, porque hay aspectos de la vida de nuestros usuarios a los que nunca podríamos acceder sino contáramos con una figura como la de mediación.

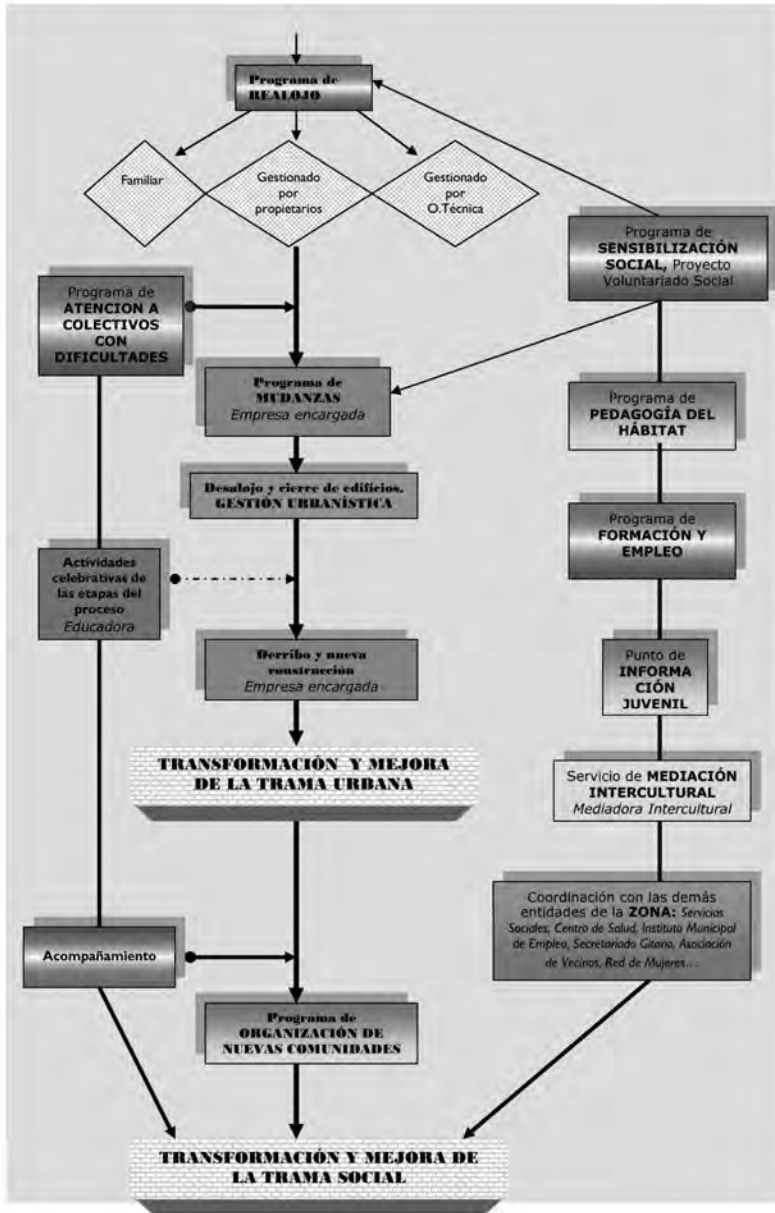
Finalmente, permítanme recordarles que este trabajo que hoy presentamos aquí lo hemos sistematizado una de las trabajadoras sociales y la mediadora intercultural del Plan, pero es evidente y justo que demos las gracias a todos los equipos de trabajo de Santa Adela, que han aportado y aportan sus conocimientos y buena práctica al Plan Especial del Reforma Interior ATM-2 "Santa Adela". Así como a los residentes de esta área, los agentes sociales e institucionales que participan de él, y como no a la iniciativa de la administración local de Granada que por unanimidad y siendo ejemplo para otros Ayuntamientos aprobaron el Plan. Pues de ninguna otra forma podríamos hoy presentar y aportar la metodología de trabajo social y educativo que estamos muy orgullosos de poder desarrollar en Santa Adela.

Bibliografía

- **Plan Especial de reforma Interior Área de Transformación y Mejora ATM-2 “Santa Adela”**. Plan General de Organización Urbana de Granada 2000. Octubre de 2004. Autor: Ricardo Hernández Soriano (Arquitecto).
- **Aspectos Socioeducativos del Plan Especial de Reforma Interior ATM-2 “Santa Adela”**. Octubre: 2004. Autores: Equipo Socioeducativo de EMUVYSSA, Adoración Martínez, María José Vallejo y María Guadalupe Plaza. (trabajadora social, educadora social y trabajadora social).
- **Plan Integral de la Zona de Transformación Social Santa Adela. 2006**. Área de Bienestar Social, Familia e Igualdad de Oportunidades del Ayuntamiento de Granada.
- **Diagnósticos de las Unidades de Ejecución 1, 2 y 3, del PERI ATM-2 “Santa Adela”**. 2005-2008. Autores: Ernesto Rodríguez, María Guadalupe Plaza, María José Vallejo y María Isabel Maldonado (dos trabajadores sociales, educadora social y mediadora intercultural).
- **Estudio Socioeconómico del Área de Transformación y Mejora “Santa Adela”**. 2001. Autora; María del Carmen Maldonado González (trabajadora social).
- **Libro: “Intervención Profesional en Trabajo Social: Supuestos Prácticos I”**. 2001. Autor: Francisco García Fernández (trabajador social).

Anexos





A modo de explicación:

El flujograma es una técnica para describir procesos de intervención que utiliza signos convencionales...

1. Las FORMAS

Aquí hemos utilizado sólo cuatro formas básicas:

Identifica el inicio y fin del proceso



Indica una etapa del proceso



Indica toma de decisiones



Indica documento resultante de una operación



2. Las LÍNEAS

La línea VERTICAL más gruesa indica la dirección del proceso. El resto de etapas u operaciones se relacionan con esta dirección con mayor o menor grosor según su importancia con respecto al resultado, o bien su intermitencia. Hay actuaciones que acompañan todo el proceso o que ocurren muy ocasionalmente.

3. Los COLORES

Indican las distintas responsabilidades y corresponsabilidades de las etapas. En nuestro flujograma se puede observar que:

- Naranja, corresponde a aux. administrativo
- Amarillo, corresponde a Trabajador/a social
- Verde claro, corresponde a Asesor Jurídico
- Rosa, corresponde a Educadora Social
- Azul, corresponde a Mediadora Intercultural
- Violeta, corresponde a la Dirección del Plan
- Verde oscuro, corresponde a las tareas realizadas conjuntamente por EMUVYSSA-OT y Urbanismo
- Marrón, corresponde a las tareas destinadas a empresas
- Dos ó más colores, corresponde a las tareas que realizan dos profesionales o más conjunta ó indistintamente.

XV Premio Científico

Año 2011

1.- Premio Investigación en el ámbito del Trabajo Social: Las familias acogedoras y sus redes sociales. Un análisis comparativo del acogimiento de menores en familia extensa y educadora (ajena), desde el ámbito de los Servicios Sociales.

Ana Poyatos García

Profesora titular de Escuela Universitaria,
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultat de Ciències Socials.
Universitat de València

2.- Premio Teoría y Práctica del Trabajo Social: La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos.

Jesús Muyor Rodríguez

Profesor - investigador
Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Almería

Las familias acogedoras y sus redes sociales. Un análisis comparativo del acogimiento de menores en familia extensa y educadora¹ (ajena), desde el ámbito de los Servicios Sociales

Ana Poyatos García

Profesora titular de Escuela Universitaria,
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultat de Ciències Socials.
Universitat de València

1. Resumen

La investigación que presentamos es el resultado del estudio de campo realizado con familias acogedoras de menores, en el ámbito de la intervención de los trabajadores sociales, en los Servicios Sociales de Sagunto y la Asociación Nova Infancia de Valencia. Esta investigación ha girado en torno a dos ejes: el primero, conocer y analizar las similitudes y diferencias, entre la modalidad del acogimiento en familia extensa y familia educadora (ajenas) desde el ámbito de los Servicios Sociales; y el segundo, conocer cuáles son los apoyos sociales que tienen cada una de las referidas modalidades de acogimiento familiar.

La elección del objeto de la investigación y la finalidad del estudio han determinado que la estrategia metodológica, predominante, haya sido cualitativa, lo que nos ha permitido describir e interpretar, desde el enfoque ecosistémico el contexto social de los menores y analizar el discurso de seis familias acogedoras.

Palabras claves

Acogimiento de menores, familia extensa, familia educadora, contexto social, red social, discurso de las familias acogedoras.

2. INTRODUCCIÓN

La familia y la infancia han constituido, a lo largo de la historia de la profesión y la disciplina del Trabajo Social uno de sus primeros campos de intervención y de investigación. Mary Richmond, como pionera del Trabajo Social, en 1908, en Baltimore (EEUU), publicó el primer caso de actuación directa con Familia. Por otra parte, *la intervención*

.....
¹ El término familia educadora es el utilizado en la Comunidad Valenciana para referirse a las familias ajenas, que acogen a los/as menores sin que exista entre ellos ningún lazo consanguíneo o parentesco.

social con las familias y sus redes sociales, desde hace tiempo ha constituido nuestra ocupación docente, de estudio, análisis y reflexión. Y las familias acogedoras, en concreto, al ser uno de los recursos de los Programas de Atención social a la Infancia y la Familia en los contextos de intervención de los trabajadores sociales, en el marco de los Servicios Sociales Generales y Especializados, nos ha permitido realizar un trabajo de campo, en el que hemos podido contactar con los profesionales, familias y la red institucional y social en que se desenvuelven.

Las Políticas de Bienestar Social, dirigidas a la Familia y la Infancia, en cualquiera de sus dimensiones –estatal, autonómica y local- desarrollan programas encaminados a potenciar el acogimiento familiar, como medida de protección y para cubrir las necesidades de los menores. Así lo señalan Fernández del Valle y Bravo, cuando afirman que:

Las legislaciones autonómicas han ido subrayando la necesidad de potenciar este tipo de programas como alternativa normalizadora para las situaciones en las que los niños y las niñas deben ser apartados de su familia. La red de servicios sociales de infancia estableció junto a los programas de intervención familiar, destinados a la preservación de la unidad familiar (trabajando con la familia y el niño en su entorno) los de acogimiento familiar y residencial como opciones cuando la separación es la medida más adecuada. Se contemplaba así una red con diferentes niveles comunitarios y especializados y con posibilidades de intervenciones distintas y capaces de ofrecer a cada niño/a una medida ajustada a sus necesidades. (Fernández del Valle y Bravo, 2003:4)

El acogimiento familiar como figura jurídica tiene la finalidad de otorgar la guarda y custodia de un, o una menor a una o varias personas- con o sin lazos de parentesco-, con la obligación de velar por ellos, tenerlos en compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral cuando los progenitores de los niños y las niñas presenta un elevado perfil de conflictividad debido a múltiples factores: empobrecimiento económico, migración, drogodependencias, problemas de salud mental, inmadurez personal, embarazos en la adolescencia, violencia de género, discapacidad psíquica, etcétera.

Las investigaciones españolas relacionadas con el acogimiento de menores en familia ajena y extensa, son muy recientes. La primera investigación de ámbito estatal, en la que se recogen los datos de las diferentes comunidades autónomas, con competencias en Servicios Sociales para la Infancia, en materia de acogimiento familiar, es la realizada por Fernández del Valle, y Bravo, (2003), en la que reflejan *la situación actual del acogimiento familiar de menores en España*, y subrayan lo siguiente:

Es sorprendente que ya en el siglo XXI los investigadores de este ámbito tengan enormes dificultades para describir con estadísticas fiables la situación española, algo que los colegas europeos pueden hacer con facilidad relativa en sus países. Los datos no son, en este caso, sólo importantes por describir una situación dada, sino por el enorme significado que tienen los datos de las medidas de protección en acogimiento familiar como una recuperación del retraso, o una actualización, con respecto a nuestro modelo de beneficencia anterior (Fernández del Valle y Bravo, 2003:4-5).

Estos mismos autores y colaboradores han realizado un estudio cinco años después del primero en el que dan continuidad a la anterior publicación. En ella presentan los datos sobre “la evaluación de la trayectoria del acogimiento familiar aportando también una reflexión sobre los modelos y el grado de satisfacción de las familias acogedoras”. (Fernández del Valle et al, 2008:15-16).

Una de las publicaciones sobre acogimiento familiar más referenciada y consultada

por la vastedad de los temas y el reconocimiento que tienen en el ámbito de la formación y la investigación sobre el acogimiento, es la de Amorós, P y Palacios, J. (2004). En la misma recogen el lugar del acogimiento en el sistema de protección de la infancia, su evolución y regulación, el análisis de los protagonistas y de los factores clave en el proceso del acogimiento, el proceso de la intervención profesional, y las investigaciones más recientes en el ámbito nacional e internacional.

La mayoría de las investigaciones consultadas, exceptuando la de Villalba (2002), proceden de las disciplinas de la Psicología Evolutiva y Social, así como de la Pedagogía, aunque las fuentes documentales, los cuestionarios y las entrevistas han sido obtenidas y realizadas en los contextos de los servicios sociales, con colaboración de los trabajadores sociales que intervienen en los programas de atención a la familia y la infancia, en los que utilizan el recurso del acogimiento familiar.

Pretendemos, dentro de las dimensiones de este estudio, “sacar a la luz” una realidad de la intervención social poco explorada desde el análisis y reflexión de los recursos empleados (humanos, técnicos, económicos) y de las carencias del seguimiento, el apoyo social formal e informal, y la experiencia y motivaciones subjetivas de los protagonistas del acogimiento: las familias acogedoras de menores.

El objeto de la investigación

El problema objeto de la presente investigación, gira sobre dos ejes: el primero, tiene como finalidad conocer y analizar las similitudes y diferencias, entre la modalidad del acogimiento en familia extensa y familia educadora (ajenas) desde el ámbito de los Servicios Sociales; y el segundo, conocer cuáles son los apoyos sociales que tienen cada uno de los referidos tipos de acogimiento familiar, en relación con las redes sociales formales e informales.

Hipótesis

Las conjeturas de las que partimos para realizar el trabajo de investigación se centran en algunos de los elementos diferenciadores entre la modalidad de acogimiento en familia extensa y familia educadora: 1) Los motivos que originan el acogimiento de los y las menores en las familias educadoras están más relacionados con las creencias religiosas y la solidaridad altruista; y en las familias extensas por la obligación consanguínea y los vínculos afectivos. 2) Las familias educadoras tienen una mejor situación socio-económica y más apoyo social y profesional que las familias extensas. 3) La Administración estatal y autonómica en el sistema de protección de menores opta en primer lugar por el acogimiento en la modalidad de familia extensa, no sólo por el bienestar integral del menor, sino además porque esta modalidad tiene menos costes económicos que el acogimiento en familia educadora y residencial, sin tener en cuenta las carencias socioeconómicas, la red de apoyo, la edad y la salud de los y las acogedores/as. 4) En la mayoría de los acogimientos de menores la familia biológica queda fuera de la intervención. No hay programas integrales, desde el inicio del proceso del acogimiento, que incluyan a los dos

sistemas familiares: el de origen y el acogedor para clarificar las funciones de ambas, preparar para el retorno del o la menor con su familia, o apoyar en la ruptura y el conflicto entre ambos sistemas.

Marco teórico.

Los cuidados familiares han sido asumidos, en casi todas las sociedades, como algo incuestionable cuando ocurría una situación familiar de necesidad, dándose por hecho que los mismos los tenían que realizar las mujeres de la familia.

La incorporación de la mujer al trabajo remunerado, el aumento de la esperanza de vida, y la aceptación social de las nuevas formas de emparejamiento en la configuración de las familias son, entre otros factores, los cambios que han contribuido a la aparición de otras formas de atención en las que continúan siendo las mujeres las cuidadoras. Los cuidados familiares forman parte de lo que denominamos cuidados informales o de apoyo informal. Los primeros estudios sobre el apoyo informal acontecieron a finales de los setenta y principios de los ochenta en los países anglosajones. “En principio se focalizaron en la unidad familiar y con posterioridad en las actividades y papeles específicos de los cuidadores, tanto familiares como de la comunidad y de las organizaciones voluntarias” (Villalba, 2002: 27).

Las perspectivas teóricas: género y ecosistémica, son las que nos van a servir de marco de referencia para observar, analizar y concluir el trabajo de investigación sobre el acogimiento familiar de los y las menores en las dos modalidades: familia extensa y ajena y su medio relacional formal e informal.

La perspectiva de género en el acogimiento familiar de menores

La perspectiva de género es uno de los enfoques que hemos considerado en el trabajo de investigación, como referente teórico que explica cómo concebimos a los seres sociales, con una división cultural diferenciando a las personas entre hombres y mujeres.

Los enfoques teóricos del Trabajo Social feminista (Dominelli y Mac Leod², 1999; Trigueros, 1995), enfatizan la necesidad de tener presente en la práctica de los trabajadores y las trabajadoras sociales la perspectiva de género, antes de examinar y definir los problemas sociales objeto de la intervención, por el significado que adquiere el género en la construcción de los mismos.

Las aportaciones teóricas específicas sobre los cuidados ejercidos por las mujeres en el acogimiento familiar que han contemplado la perspectiva de género, en España, son casi inexistentes. En el trabajo de investigación cualitativa del Colectivo IOÉ (1995) sobre cuidadores de personas mayores en España señalan que el 90% de los cuidados son realizados por mujeres. En este mismo trabajo indican que la atención informal a los familiares es más simétrica cuando los cuidados acontecen en las parejas, y los varones

.....
2 Publicado en la colección Feminismo. Ed. Càtedra. Universitat de València

asumen “sin mayor dificultad el papel de cuidadores cuando son los cónyuges o hijos únicos” (IOÉ, 1995:15).

Algunas de las conclusiones a las que llega Cristina Villalba, en su estudio sobre *Abuelas cuidadoras*, en relación con la variable género son las siguientes: “las abuelas, son las cuidadoras principales” de sus nietos y nietas provenientes “de hogares de generación saltada³, con más de un nieto a su cargo. También indica que las ayudas que reciben estas abuelas cuidadoras provienen de sus redes de apoyo informal y de su entorno. Las abuelas “no se perciben aisladas y tienen redes amplias, diversas, densas, con multiplicidad y disponibilidad de apoyos y con presencia mayoritaria de mujeres [...] La diversidad se manifiesta con la presencia de todo tipo de vínculos en ellas: familiares, amigos, vecinos, parientes, tenderos, videntes, miembros de la comunidad y de las organizaciones comunitarias y una proporción alta y permanente de vecinas en casi todas las categorías de apoyo” (Villalba, 2002:309-313)

La perspectiva ecosistémica.

La elección de la perspectiva ecosistémica como uno de los enfoques teóricos para el estudio de las familias acogedoras y su red social la hacemos por la amplitud de factores que influyen en cualquier modelo familiar, en general, y con mayor incidencia en las familias acogedoras en particular, por ser modelos familiares en los que intervienen otros sistemas externos a la familia (sistema de servicios sociales, de justicia, educativos, sanitario, etcétera).

El modelo sistémico se nutre de diversas teorías que en los años sesenta empiezan a tomar forma en los Estados Unidos. Los primeros estudios se basaron en la observación de la interacción familiar patológica, asociada a la génesis de la enfermedad mental, coordinados por Gregory Bateson, Sluzki. C, entre otros.

La ecología en los contextos de intervención psicosocial se entiende, “como la ciencia que se ocupa de las relaciones entre los organismos vivos – en nuestro caso los seres humanos- y todos los elementos de su entorno para lograr un equilibrio adaptativo” (Ripoll-Millet, 2000:93).

Carel Germain define el modelo ecológico aplicado al trabajo psicosocial como “una metáfora apropiada para profesionales de ayuda a la persona interesadas en las relaciones entre los seres humanos y sus entornos interpersonales e institucionales, con el objetivo de ayudar a las personas a modificar o intensificar la calidad de las transiciones entre la gente y sus entornos y también para promover entornos que favorezcan el bienestar de las personas” (Germain, 1973, en Ripoll-Millet, 2000:93)

.....
³ Se entiende por generación saltada la de los/as abuelos/as que no ejercen dicha función porque sustituyen a los padres de los menores y realizan el papel de padres. Otros autores hacen referencia a la inexistencia del rol de abuela, o abuela ausente.

3. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS.

Las estrategias y metodología, predominantes, han sido cualitativas, aunque combinadas con elementos cuantitativos. El proceso de investigación se ha desarrollado a lo largo de tres fases:

- 1) *Fase de Diseño de la investigación:* durante la misma nos hemos centrado en la búsqueda, recopilación y análisis de las investigaciones realizadas sobre las familias acogedoras de menores; el conocimiento del marco legislativo sobre Familia e Infancia; la selección de las organizaciones y de los contextos de acceso al campo y a las informantes clave.
- 2) *Segunda fase:* estudio del contexto institucional de los Servicios Sociales de Sagunto y Nova Infancia, para recabar información de las familias acogedoras de un mismo municipio. Estas dos instituciones, una pública que se ocupa del acogimiento en la modalidad de familia extensa y otra privada que realiza el seguimiento de los acogimientos en la modalidad de educadora, nos han permitido acceder a un número amplio de familias. Sagunto es el segundo municipio de la provincia de Valencia y Nova Infancia, porque tiene la responsabilidad de realizar el seguimiento de los niños y las niñas acogidos en familias educadoras de la zona norte de Valencia y provincia, en la que se incluye la población de Sagunto.

La técnica empleada, en esta etapa, ha sido la *entrevista estructurada* mantenida con las trabajadoras sociales y educadoras apoyándonos para el registro de la información en dos instrumentos: la historia individual y socio-familiar. Y para el análisis y la interpretación de cada historia familiar y su entorno social hemos utilizado dos herramientas complementarias: el **genograma** y el *ecomapa*: La recopilación de los datos socio-demográficos proviene de la información recogida por las profesionales -trabajadora social y educadora de los Servicios Sociales de Sagunto- y registrada en el SIUSS⁴. Este mismo procedimiento lo hemos seguido con la información facilitada por las profesionales de Nova Infancia, pero el protocolo de registro de la información utilizado ha sido el expediente familiar de quince familias acogedoras de ambos servicios.

- 3) *Fase de realización del trabajo de campo:* En esta tercera fase de la investigación, de realización del trabajo de campo con las familias de acogida, la determinación de la muestra final –siete familias- la hemos obtenido de las quince entrevistas estructuradas realizadas en el contexto de los Servicios Sociales de Sagunto.

Las estrategias metodológicas diseñadas para elaborar esta fase han sido: *el análisis de contenido* de la información recogida a través del SIUSS y del registro de las entrevistas a los/as trabajadores/as sociales, de cada una de las siete familias acogedoras –educadoras y extensas- y el contexto social; y *la entrevista en profundidad* realizada a la/s persona/s titular/es del acogimiento de los/as menores.

.....
4 SIUSS (Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales) que utilizan en los Servicios Sociales de Sagunto, para todas las intervenciones que realizan. Es un modelo de ámbito estatal que aplican en los municipios que tienen sus servicios informatizados.

4. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Evolución del acogimiento familiar de menores

El acogimiento familiar en España, como sistema formal de protección de la infancia, se inició a principio de los años ochenta del siglo pasado, aunque como práctica social informal haya existido durante siglos. Han sido las distintas instancias e instituciones jurídicas internacionales y españolas las que han ido progresivamente consolidando una doctrina clara que aboga por la especial protección de la familia y la infancia. Así lo proclaman como principios: la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, La Convención de los Derechos de la Infancia, aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1989 (y ratificada por España), y la Constitución Española de 1978. En nuestro país, la Ley 21/1987 de 11 de noviembre, hace explícito el recurso del acogimiento familiar, y la Ley 1/1996, de 15 de enero, desarrolla la temporalidad y las tipologías del acogimiento.

El acogimiento familiar como forma de protección de menores queda establecido en el artículo 172. 1 del Código Civil -1996-, que trata de la *guarda* y el *acogimiento de menores*, y en el que se otorga a las administraciones públicas la tutela y la guarda de los menores en situaciones de desamparo. En el mencionado artículo se expone lo siguiente:

La Entidad pública a la que, en el respectivo territorio [Comunidades Autónomas], esté encomendada la protección de los menores, cuando constate que un menor se encuentra en situación de desamparo, tiene por ministerio de la Ley la tutela del mismo y deberá de adoptar las medidas de protección necesarias para su guarda, poniendo en conocimiento del Ministerio Fiscal, y notificando en legal forma a los padres, tutores o guardadores, en un plazo de cuarenta y ocho horas.

Se considera situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral y material.

La asunción de la tutela atribuida a la entidad pública lleva consigo la suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria [...]. (Martín, A. 2004:93-94).

En algunas situaciones en la que los padres o tutores por motivos sociales –económicos, inmigración...-, o personales graves (enfermedad, ingreso en prisión...) no puedan atender a los menores, éstos ceden, temporalmente, la guarda del menor, o de los menores de forma voluntaria a las Administración pública⁵. En estas circunstancias, “la guarda asumida a solicitud de los padres o tutores por ministerio de la Ley, se realizará mediante el acogimiento familiar o el acogimiento en residencia. El acogimiento familiar se ejercerá por la persona o personas que determine la entidad pública⁶” (Martín, A. 2004:93-94).

Además de las medidas protectoras, que se activan ante el desamparo de los menores, e implican la separación de éste de su familia biológica, la ley determina otro tipo de medidas de carácter preventivo y de apoyo a las familias cuando existen *situaciones de riesgo*, concepto que es definido en la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor 1/1996, de 15 de enero, como “la existencia de un perjuicio para un menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar la separación de su núcleo familiar”. La intervención pretende, a ser posible, eliminar, dentro de la institución familiar, los factores de riesgo.

.....
5 Vease el artículo 172. 2

6 Punto 3 del mismo artículo

Así el artículo 17 de la Ley Orgánica 1/1996 precisa en su párrafo 1º que

[...] en situaciones de riesgo de cualquier índole que perjudiquen el desarrollo personal o social del menor, que no requiera la asunción de tutela por ministerio de la Ley, la actuación de los poderes públicos deberá garantizar en todo caso los derechos que le asisten y se orientará a disminuir los factores de riesgo y dificultad social que incidan en la situación personal y social en que se encuentra y a promover los factores de protección del menor y su familia. Una vez apreciada la situación de riesgo, la Entidad Pública competente en materia de protección de menores pondrá en marcha las actuaciones pertinentes para reducirla y realizar el seguimiento de la evolución del menor en la familia. (Martín, A. 2004:112).

Modalidades de acogimiento familiar

Según Amorós y Palacios, aunque la legislación contempla cuatro tipos de acogimiento: simple, permanente, preadoptivo y provisional, en la práctica hay una mayor diversidad. Por ello, sin separarse de lo legalmente establecido, suelen utilizarse otras clasificaciones en función de características como las siguientes:

1) Según la forma de su constitución

La modalidad de *acogimiento administrativo* se constituye cuando todas las partes implicadas están de acuerdo, El *acogimiento administrativo* es la pauta más frecuente en los acogimientos permanentes y en muchos acogimientos simples, en “ellos se requiere con mucha frecuencia la colaboración de los padres.” (Amorós y Palacios, 2004:79-80)

El *acogimiento judicial* se constituye, en la mayoría de los casos, cuando una de las partes, los padres biológicos no están de acuerdo con la separación de sus hijos y, si el acogimiento llega a establecerse, será por la decisión del juez. Cuando la decisión del juez se demora mucho tiempo y se “considera indeseable que mientras el niño o la niña siga con su familia o pase a un acogimiento residencial”, se puede constituir un *acogimiento provisional* (Amorós y Palacios, 2004:79-80).

2) La modalidad de acogimiento según la finalidad

La modalidad de *acogimiento de urgencia-diagnóstico*, la más novedosa, ha sido desarrollada a partir del 1997, La finalidad del acogimiento de urgencia-diagnóstico es doble: “por una parte, ofrece una atención inmediata a niños y niñas, evitando la institucionalización; por otra, lleva a cabo el proceso de diagnóstico durante el espacio de tiempo previsto, que idealmente no debería exceder de tres meses y, excepcionalmente, de seis” (Amorós y Palacios, 2004:80).

El *acogimiento simple con previsión de retorno* queda recogido en el artículo 173 bis del Código Civil -1996-, en el que se indica que esta modalidad de acogimiento “tendrá carácter transitorio, bien porque de la situación del menor se prevea la reinserción de éste en su propia familia, bien en tanto se adopte una medida de protección que revista carácter más estable” (Martín, A., 2004: 95).

El *acogimiento permanente o de larga duración*, está contemplado en el mismo artículo 173 bis del Código Civil donde se señala que “el acogimiento permanente se utilizará cuando la edad, u otras circunstancias del menor y su familia lo aconsejen, y así informen

los servicios de atención al menor. Son acogimientos que se caracterizan porque el retorno no es posible o deseable; al tiempo que la adopción no resulta posible o aconsejable”. El acogimiento permanente suele durar hasta la mayoría de edad, o hasta que se encuentre una alternativa más idónea para el niño o la niña.

El Acogimiento preadoptivo es una modalidad prevista en la ley, y en palabras de Amorós y Palacios, “este tipo de acogimiento tiene un pie en el acogimiento y otro en la adopción” El acogimiento preadoptivo se utiliza cuando se ha optado ya por la adopción, se ha asignado al niño a una familia concreta y se requiere asegurar la existencia de una buena relación adoptantes-adoptados: el niño o la niña pasa a vivir con su nueva familia, siendo la misma objeto de oportunos seguimientos para asegurar que todo se desarrolla felizmente, en cuyo caso se presenta en el juzgado la propuesta de adopción, si se constata la existencia de una buena relación.

3) *El acogimiento según las características de los niños y de las niñas*

El acogimiento especializado es un recurso que se ha creado a medida que el acogimiento familiar se ha ido consolidando. En España se utiliza el término de acogimiento familiar especializado para denominar a los acogimientos destinados a ofrecer “un ambiente familiar a los niños y las niñas que presentan necesidades especiales o ciertas particularidades que requieren una atención más especializada” (discapacidad física, psíquica, sensorial, trastornos graves del comportamiento, enfermedades crónica, etc.)

4) *El acogimiento según la relación del niño y la niña con la familia*

El acogimiento en familia extensa es un recurso y una medida de protección a la infancia, que determina el acogimiento de un niño o una niña por sus familiares más cercanos cuando sus padres no pueden hacerse cargo temporalmente de él o ella. “Frente a los realizados en **familia ajena**, algunas ventajas evidentes de este tipo de acogimiento, bien documentadas por las investigaciones, son que favorecen los sentimientos de pertenencia, continuidad y seguridad (Hegar, 1993, en Amorós y Palacios, 2004:89).

Análisis del Acogimiento Familiar de Menores en Familias Extensa y Educadora:

Análisis del contexto sociofamiliar de las y los menores.

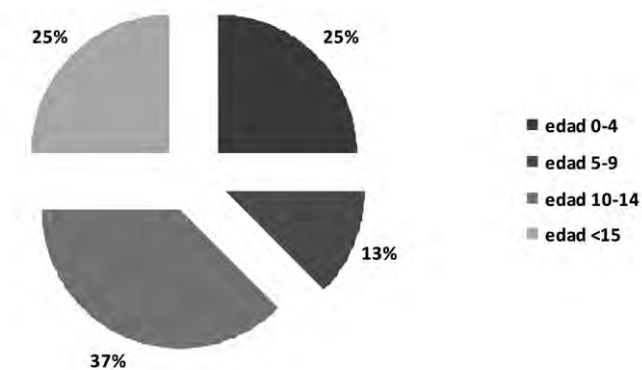
En relación al contexto socio-familiar de los/las menores queremos reflejar las similitudes y diferencias más relevantes que se observan en las familias acogedoras obtenidos de los datos sociodemográficos (edad, y sexo), la estructura familiar; los entornos con los que se relaciona la unidad de convivencia y las intervenciones sociales que demandan y reciben las familias.

Datos sociodemográficos de las familias.

Las edades de los ocho menores quedan reflejadas en el Gráfico 1, en el que observamos que el grupo más numeroso, el 37%, es el de los y las niñas de 10 a 14 años; le siguen los adolescentes –mayores de 15 años- y los menores de 4 años con el 25% respec-

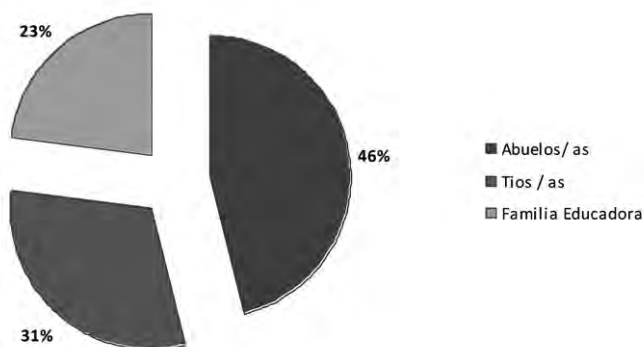
tivamente, y el porcentaje más pequeño corresponde al grupo de edad, de 5 a 9 años, que representa el 13%.

GRÁFICO 1: Edad de las/los menores en acogimiento familiar



En cuanto a la **relación de parentesco** (Gráfico 2) de las y los menores con sus acogedores hay una presencia mayor de abuelos y abuelas acogedores (46%), le siguen, con el 31% el grupo de parentesco de tíos y tías, y el 23% se corresponde con la modalidad de acogimiento en familia educadora.

GRÁFICO 2: Relación de parentesco de las/los menores acogidos/as



La edad media de las siete familias acogedoras sobrepasan los cincuenta y cinco años, pero en dos de las familias, éstas superan los sesenta años. Hay seis parejas y una mujer sola (siete mujeres y seis hombres).

Si nos fijamos en el sexo de los y de las titulares del acogimiento (Tabla 1), observa-

mos en la muestra que, de las 13 personas que son titulares del acogimiento hay una presencia mayor de mujeres, el 53.9 %, frente a los hombres que representan el 46.1 %. En el 100% la cuidadora principal es la mujer.

TABLA 1: Sexo de los y las titulares del acogimiento

Titulares del acogimiento de la / el menor	Frecuencia	Hombres	Mujeres
Abuelas	3	-----	23%
Abuelos	3	23%	-----
Tías	2	-----	15.4%
Tíos	2	15.4 %	-----
Esposo	1	7.7 %	-----
Esposa	1	-----	7.7 %
Mujer	1	-----	7.7 %
TOTAL	N= 13	46.1%	53.9%

Estructura familiar.

Las estructuras familiares que hemos observado en los siete genogramas han sido las siguientes: 1) en las titulares del acogimiento: extensa, nuclear -en las dos modalidades de acogimiento- y monomarental -por divorcio en una de las familias educadoras-, y 2) en los progenitores de los menores: pareja de hecho y extendida -la formada por varias uniones-

Situación socioeconómica.

La situación socioeconómica de las dos familias educadoras aparecen diferenciadas, la de mayor experiencia en los procesos de acogimiento tiene una situación económica holgada y unas relaciones sociales acorde con sus expectativas, la segunda familia educadora, novel, en la experiencia del acogimiento, detenta una situación económica menos boyante y una posición social que a ella le satisface.

En cuatro de las cinco familias extensas la situación económica es precaria; dos de ellas viven de los ingresos derivados de las prestaciones de jubilación de los abuelos y bisabuela y de la de invalidez de la abuela; en la tercera de las familias el abuelo está en paro y los ingresos provienen del trabajo de la abuela; en la cuarta de las familias tienen que vivir, cinco personas (la pareja, un hijo y los dos sobrinos acogidos) de los ingresos que aporta el marido; finalmente, en la quinta familia cada uno de los miembros de la pareja percibe un salario fijo, suficiente para el grupo familiar: matrimonio, hija y sobrina acogida, además de ayudas periódicas del abuelo de la menor para los gastos educativos

de su nieta.

Al analizar los motivos que originaron el acogimiento familiar (Tabla 2) constatamos que los acontecimientos son diversos y que, en la mayoría de los casos confluyen varios motivos por los que la Administración asumió la tutela y resolvió a favor del acogimiento en la modalidad de familia extensa, o educadora; dependiendo de que existieran apoyos dentro de la propia familia, o de la solidaridad social, a través de las organizaciones del voluntariado del acogimiento familiar. Los cuatro motivos que más se recogen en las historias de los/las menores -en algunos casos pueden coincidir varios de ellos-, son los siguientes: 1) desintegración familiar/separación (38.5%); 2) drogodependencias (23%); 3) negligencia/desamparo y discapacidad psicológica, respectivamente con un 15.04%; y 4) prisión (7.7%).

TABLA 2: Motivo del acogimiento familiar

Motivo del acogimiento	Frecuencia	Porcentaje
Drogodependencia	3	23%
Negligencia / Desamparo	2	15.4%
Desintegración Familiar / Separación	5	38.5%
Prisión	1	7.7%
Discapacidad Psicológica	2	15.4%
TOTAL	N= 13	100%

De las intervenciones socio-familiares demandadas tan sólo tenemos constancia de las familias extensas atendidas en los Servicios Sociales de Sagunto, porque éstas tienen más dificultades que las educadoras, tanto en el ámbito económico, como en el de la salud y en el de las relaciones con los progenitores de los acogidos. Éstas han sido dirigidas a: 1) trabajar con los padres biológicos la asunción de la parentalidad de sus hijos en la etapa de la adolescencia; 2) la relación conflictiva entre la familia acogedora y cada uno de los padres; 3) coordinación entre el equipo de Servicios Sociales y los servicios de salud; 4) tramitación del cambio de centro de estudios; 5) derivación para la obtención del grado de minusvalía; 6) tramitación informe social a instancia de fiscalía de menores y para prestación de ayuda a la dependencia; 7) gestión de actividades de ocio/tiempo libre y de ayudas económicas públicas de pago único; 8) apoyo social y educativo de las trabajadoras sociales y las educadoras de las unidades de trabajo social; 9) seguimiento escolar; 10) coordinación desde el SEAFI –Servicio de Atención a la Familia y la Infancia- de Sagunto con el de otras comunidades autónomas.

Las demandas de intervención que realizan las familias educadoras van dirigidas a la Consellería de Bienestar Social a la Delegación Territorial del Servicio de Familia e Infan-

cia y están relacionadas con el seguimiento de los menores acogidos, a la que le piden más agilidad: en los trámites para reducir los procesos de resolución, en los acogimientos de urgencia-diagnóstico y a Nova infancia, la entidad que realiza el seguimiento de las familias educadoras, le solicitan información y apoyo en cada uno de los acogimientos que realizan.

Hemos podido constatar al analizar los datos descritos sobre el entorno social de las familias acogedoras –extensas y educadoras- y representados en el ecomapa (Gráficos: 3 y 4), lo siguiente: las familias extensas tienen más necesidades, presentan más demandas y reciben mayor apoyo de las redes institucionales de los Servicios Sociales de Sagunto que las familias educadoras, porque éstas últimas no necesitan tanto apoyo instrumental y emocional y son atendidas, en cuanto a formación y apoyo, con regularidad por Nova Infancia.

GRÁFICO 3: Ecomapa de una familia educadora

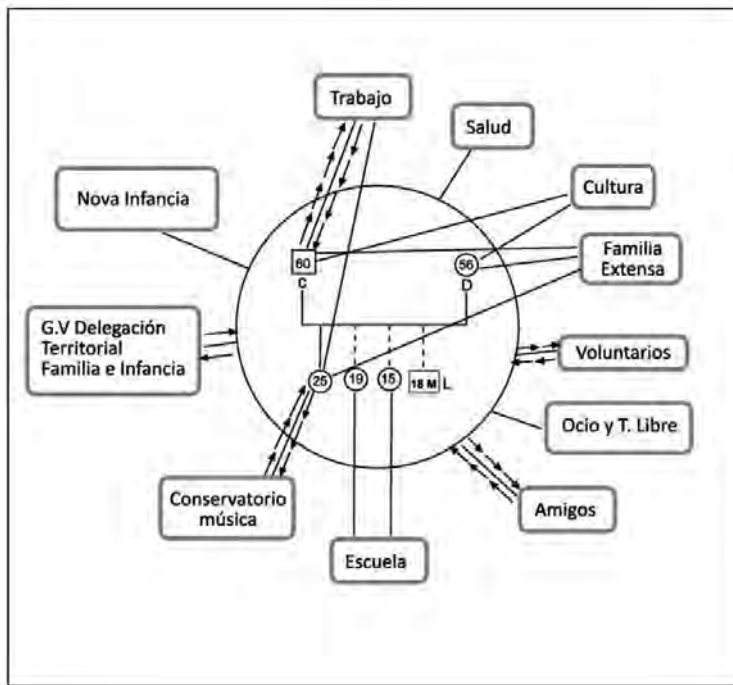
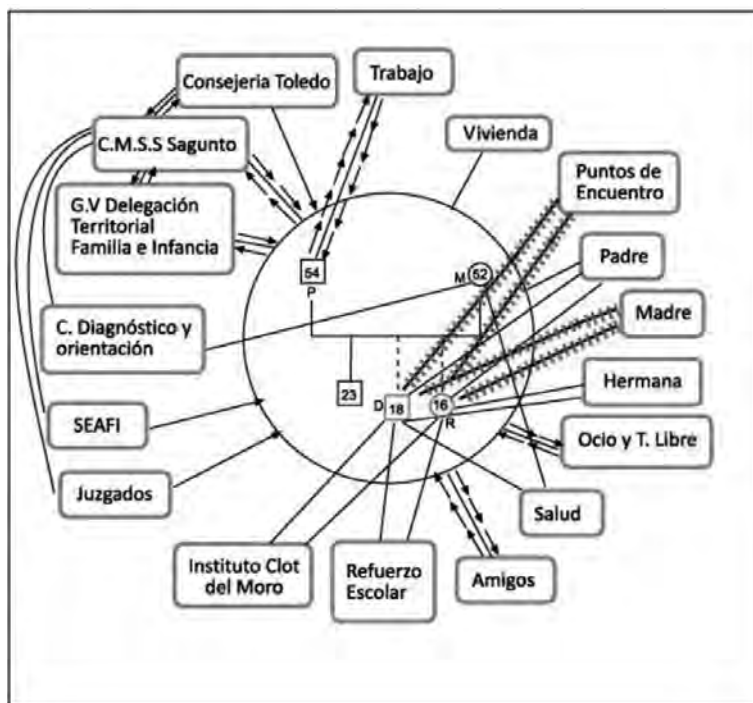


GRÁFICO 4: Ecomapa de una familia extensa



Las trabajadoras sociales de los Servicios Sociales de Sagunto son las figuras profesionales, junto con las educadoras sociales, que articulan y conecta las diferentes redes sociales formales y median en las redes informales de las familias educadoras en la modalidad de familia extensa: servicios sociales generales con los especializados, con los de salud, educativos y de tiempo libre, entre otros.

El discurso de las familias acogedoras: percepción y vivencias.

Motivos del acogimiento

Con relación a las motivaciones que predisponen a postularse para acoger a los niños y niñas no existe una única razón, observándose una diferencia fundamental entre la familia extensa y la educadora. La familia extensa responde al proceso del acogimiento fundamentándolo en la relación consanguínea y en los vínculos afectivos establecidos con el/la menor, desde el inicio de los cuidados. En contraste, en la familia educadora, lo que le estimula y lo que espera del proceso del acogimiento temporal – por la finalidad del mismo de urgencia y diagnóstico- es estabilizar física, psíquica y socialmente, y crear vínculos afectivos con el/la menor.

Estos son algunos de los testimonios de las familias extensas y educadoras relatados en las entrevistas:

El acogimiento de dos hermanos por los tíos de éstos viene motivado porque la familia extensa no podía permitir que, por el desacuerdo y las disputas entre los padres biológicos, el menor y la menor fueran ingresados en un centro de acogida. Este es su testimonio:

Sí, somos 4 chicas y él [el hermano, padre de los menores], entonces claro, lógicamente nos echamos toda la familia encima, porque no íbamos a consentir que mis sobrinos se fueran a un centro ¿vale?, puesto que tenía familia que los queríamos y que los niños no habían hecho nada, ¡es que eran unos niños que no habían hecho nada!, ¿vale?, eran unos niños que estaban en el medio de una guerra de sus padres, y punto, ¡y no había más! (E6 F. EX.).

Para las dos familias educadoras son los valores relacionados con el altruismo y la vivencia religiosa en los que se basan para manifestar lo que piensan y siente con relación a las motivaciones para acoger a los y las menores. Una pareja de las familias educadoras, tras su larga experiencia como acogedores, lo expresan así:

Esposa: Ay!, pues el amor a los demás.

Esposo: Sí, yo creo que sí, y nos gustan los niños, también es verdad

Esposa: pero el motor que nos mueve es el amor, tenemos mucho amor y creemos que podemos compartirlo. Nosotros somos cristianos y entonces no sé, Jesús, cuando estaba en esta tierra, lo único que hizo fue amar a los demás, ayudar, apoyar, estar de parte del más necesitado...pues eso es lo que nos mueve [...] el amor, el amor, creemos que tenemos bastante amor para dar, somos los dos muy cariñosos, muy todo... ¡con nuestros defectos eh! (E2. F. ED).

Vivencias del acogimiento de los y las acogedores/as

El acogimiento es vivenciado por los acogedores y acogedoras con sentimiento de alegría, de sufrimiento, de satisfacción, de responsabilidad y de lucha. El ánimo con el que se enfrentan al mismo está conformado tanto por aspectos positivos como negativos para ambas modalidades.

A lo largo de la conversación mantenida con una de las abuelas paternas, ésta nos expresa así las vivencias positivas y negativas que han vivido:

Pues las más positivas, es el saber, que creo que en el fondo nos quiere y él se ha dao cuenta de quien se preocupa y no se preocupa de sus cosas, de tener a punto su ropa, sus comidas, las cosas que necesita... (E1 F. EX.).

...pues el niño ya te digo, pues nos ha dao mucha alegría y ganas de vivir... [...] y de luchar, porque si no lo hubiésemos tenido con nosotros después del tiempo que lo habíamos tenido, nosotros, yo veía, o sea, mi marido estaba desesperao, mi marido estaba desesperao y yo estaba que nada más quería estar en la habitación a oscuras y que no me hablasen y que no me dijese nada, y así... (E1 F. EX.).

Otra de las abuelas narra cómo vivió el sufrimiento y la angustia ante el estado de alteración psíquica, emocional y relacional de su nieto. Lo expresa con estas palabras: “No sabía dar un beso, ni un abrazo, él te pegaba un mordisco, te arañaba, te pegaba cabezazos, él no sabía, era como un gato salvaje, cuando lo traje, cuando lo cogí yo, era un gato salvaje.” (E4. F. EX.)

De todas las entrevistas realizadas con las familias extensas la que ha tenido un tono más positivo, tanto por la actitud de su familia nuclear ante el proceso del acogimiento

como a lo largo de la narración de su experiencia, ha sido la de la tía paterna que tiene acogidos a un sobrino y una sobrina. Esta es la opinión que tiene sobre su vivencia del acogimiento:

Para nosotros... lo positivo ha sido el darles una estabilidad y los estudios, acabar los estudios, y digamos eh... formarles y prepararles para ser adultos, ¿vale? y crearles unos valores, de lo que está bien y de lo que está mal, y hasta dónde pueden llegar y hasta dónde no pueden llegar y ser educaos sobre-todo, tener un respeto por las personas, que desde luego lo tenían, eh..., (E6. F. EX.)

Para las familias educadoras, sobre todo en los acogimientos de urgencia-diagnóstico, en los que el niño o niña pueda ser acogido siendo recién nacido, o apenas habiendo cumplido el primer año de vida, el acogimiento conlleva importantes transformaciones en su desarrollo afectivo, cognitivo y social. La pareja educadora, experimentada en acogimiento familiar de menores lo cuenta así:

Esposa: Yo, lo noto mucho para ellos, pero mucho en todos los sentidos, en el aspecto emocional, en el aspecto cognitivo, y en el aspecto físico... Hemos tenido niños con VIH qué nos han llamado los médicos para decir que les habíamos hecho, porque desde que estaban en una familia habían mejorado, y la doctora dijo, porque se lo preguntaron a la doctora que lo llevó, dice: "¡¡pues que ahora tienen amor!"

Esposo: sí, el niño tiene 6 turnos no, 4, 5 turnos, ¿tú sabes lo que es estar con 5 turnos de personas distintas a estar con una cara contante?, crear vínculos o no crear vínculos, esa es la diferencia. La idea es crear vínculos, porque si no se crean vínculos la parte afectiva no está resuelta. (E2. F. ED).

En una familia educadora, su intuición, su experiencia y su motivación han sido el motor para entregarse y confiar en que el bebé acogido, de pocos días, salga adelante; y que su desarrollo psíquico-físico sea satisfactorio:

Empecé con el niño, simplemente a pautar y el nene es que está encantado, no sé, es que a mí me gustan, yo no sé a los demás, pero es que es delicioso un bebé, o sea, qué quieres que te diga, es un caramelo, te dan un caramelo vivo, precioso [...] nos acomodamos, entonces el niño empezó a comer, y ya está, a disfrutar... E7. F. ED).

El retorno con la familia de origen, tanto en la modalidad de familia extensa, como en la modalidad de familia educadora, provoca sentimientos contradictorios: de alegría y tristeza, de la misma manera que sucede con los propios hijos cuando estos se emancipan. Aquí mostramos dos testimonios:

Porque digamos he criado 4 hijos, y de hecho yo para mi R. y D. son como mis hijos, yo sé que se va D. y sé que tiene que ser así pero tengo, pues eso... [...] que me va a costar, porque...pues eso... [...] mi hijo que se fue con 22 años y me costó un poquito, pero mi hijo bueno, digamos que lo tengo aquí (E6. F. EX.)

A lo mejor los que tenemos los hijos y los hijos se siguen quedando en casa te lo llevas mejor, pero aun así todo, yo me desgarró, él ya ves, mira como en eso, en eso no coincidimos, yo se que no es para mí, se que si no marcha en enero, marcha en febrero, marcha en marzo, sobre todo, pero a la hora de que se va por esa puerta, eso es muy duro. Una vez nos mandaron ir a dar una charla a un curso de futuros... acogedores... [...] a hablar de la despedida y yo les dije: "¿Pues sabéis como se pasa la despedida?" dije: "¡¡Llorando!" y empezaron todos a reír. (E2. F. ED).

Los vínculos de los y las menores con su familia biológica.

En los casos estudiados los vínculos establecido por los y las menores con sus padres nos muestran que, en seis de las siete historias se delegaron, bien a la familia extensa, o a

la Administración que tuvo que intervenir y asumir la tutela de los niños y niñas. En la mayoría de estos casos las relaciones fueron rotas en los primeros días o meses de su vida.

El testimonio de los acogedores sobre la vivencia de los encuentros entre los y las menores con sus progenitores subrayan el sufrimiento y la relación de doble vínculo y de culpabilidad que genera en los menores la relación intermitente con su padres. En el caso de la modalidad de familias extensa es muy difícil mantener el régimen de visitas que se estipula en la resolución del acogimiento: las llamadas, las visitas inesperadas hacen que, a lo largo del proceso, la relación con su padre o madre sea muy negativa para la estabilidad emocional de los menores. En el caso de las familias educadoras, las visitas las establece la Administración, excepto cuando los progenitores están de acuerdo con el acogimiento temporal, que acuden al domicilio de los acogedores y, en otros casos, se realizan en el Punto de Encuentro.

La demanda y las necesidades de las familias

Las peticiones que realizan las familias acogedoras, en relación con las carencias y deseos, en las entrevistas, no son unívocas. Aunque la petición más relevante no sea la económica ésta está presente

En el testimonio de una de las abuelas se refleja el nivel económico y la procedencia de los ingresos que tiene el grupo familiar:

Nos han ayudao económicamente pues esto que nos dan de los devengos... este año, por ejemplo , nos dieron 1000€ y algo, porque le compré el traje de la presentación, el traje de fallero, los zapatos, bueno todo lo que eso..., y si queda algo se lo meto en una libreta que le hemos abierto, pero que tampoco podemos hacer mucho , porque mi marido está cobrando, porque lo jubilaron ya hace ,pues lo menos 10 años, y nos quedó una pensión de 600€ [...] A mi me dan 100€, porque tengo una minusvalía de un 66% de la espalda y de la pierna, tengo los huesos y eso lo tengo muy mal, y me dan 100€, o sea, que en total con 700€ paga luz, paga escalera, paga comunidad, paga teléfono, paga estudios, o sea, libros, ropa para el crío..., (E1 F. EX.).

La familia educadora *profesionalizada*, por su larga experiencia en el acogimiento con menores, señala que no sólo con amor y altruismo se puede ser familia acogedora:

Deberían valorar un poco más este trabajo Y compensarlo también en lo económico, a veces han pasado 6 meses y hasta 8, o sea, eso, pues si lo haces con amor pues... pero hay gente que dice: ¡"No, yo no puedo! Yo conozco una familia, además gente maja ¡eh!, pero muy justitos muy justitos y tuvieron que dejarlo: "¡Y yo no puedo, yo no puedo mantener una boca más si no me lo dan todos los meses!" (E2. F. ED).

Otra de las críticas es la de agilizar los trámites para que no se destruya la vida de un o una menor debido a la lentitud e ineficacia de los procedimientos legales En opinión, de una de las familias extensas es injusto que no se agilicen los procedimientos, o la Administración permita que el menor o la menor estén en un entorno familiar hostil. El abuelo de una de las parejas cogedoras, lo expresa así:

La justicia no es igual para todos, eso es algo muy... y cada vez lo están demostrando más con lo que estamos viviendo recientemente, pero es que en casos de estos ... hay gente indefensa como los niños..., debería ser mucho más explícita y mucho más directa en las leyes y mucho más rápida..., A un chiquillo, quitándole solamente un mes de sufrimiento que tenía nuestro nieto con sus padres, ya merece la pena que todo eso sea mucho más rápido y que sea mucho más ágil, sin lugar a duda, y eso

si que lo echamos en falta (E4 F.EX.).

El rol de género en los y las titulares del acogimiento familiar de menores.

En cinco de los siete casos estudiados la titular principal es la mujer. Y en seis de los relatos, la persona cuidadora y que asume las funciones de la educación, de los hábitos de higiene y de alimentación, y que se hace cargo de las tareas domésticas es la mujer. Sólo una comparte con su pareja las tareas domésticas.

En el relato de una de las abuelas paternas queda reflejado su *rol de cuidadora*, que durante un tiempo hizo extensivo con su propia madre, como con su nieto

[...] yo estaba con mi madre que tenía Alzheimer, que falleció hace 4 años, y estaba con el niño, y había veces que la llamaba porque me tenía que ir con mi madre al hospital, con la ambulancia y como no me abrían [los padres de menor], me tocaba irme con el niño y todo, porque mi marido no estaba en casa, que entonces aún trabajaba. (E1 F. EX.).

En el discurso de una de las familias educadoras, la percepción de los roles sexuales son introyectados de manera distinta en la pareja. Para la mujer el hombre trabaja, entiendo por *trabajo, el remunerado*, y ella no, porque dedica su tiempo al trabajo doméstico y reproductivo:

[...] hombre, yo sí, yo soy un poco principal, porque mi marido trabaja y yo no, y claro no es lo mismo estar todo el día...

Yo me dedico a los niños, de hecho yo soy educadora y tuve posibilidad de entrar en ese colegio cuando tenía dos niños muy problemáticos y renuncié, renuncié para quedarme con los niños. Entonces claro, el día lo paso yo, pero mi marido ya lo ves, o sea, cuando estamos juntos es compartido, pero claro, él está mucho fuera, porque él trabaja y tiene otras obligaciones, pero sino... (E2. F. ED).

El análisis de las entrevistas, desde la *perspectiva de género*, nos ha permitido contrastar las prácticas de los roles que realizan las familias acogedoras y podemos constatar que sigue prevaleciendo en el discurso de las mujeres entrevistadas la idea de que el trabajo doméstico no es trabajo, porque tiene sólo valor para el consumo privado y no un valor de intercambio como el que se realiza en el ámbito público. Para que exista una completa igualdad social el trabajo de hombres y mujeres tiene que ser del mismo tipo: la producción de valores de uso social.

5. RESULTADOS

Como hemos constatado en nuestro trabajo, el acogimiento en familia extensa abarca casi al 80% de los acogimientos: el 46% con los abuelos y abuelas, y 31%, con los tíos y tías; el 23% han sido acogimientos con familias educadoras en la modalidad de urgencia-diagnóstico. –acogimiento de recién nacidos para realizar un diagnóstico que no debería exceder de tres meses y, excepcionalmente de seis, para después de este periodo poder pasar a otras medidas de acogimiento (simple, permanente, preadoptivo, o residencial). Esta modalidad está siendo, actualmente, más demandada que el acogimiento de menores de más edad. Estos datos –poco representativos porque tan sólo son los recogidos en siete casos- se aproximan a los estudios que han realizado Fernández y Bravo (2003) en los que señalan que, de los tipos de acogimientos familiares “acumulados en el año 2002, el 85,5% eran acogimientos en familia extensa y el 14,5 en familia ajena” (Fernández

y Bravo, 2003:76).

Podemos corroborar con los datos empíricos de este estudio que la hipótesis tres se cumple: *La Administración estatal y autonómica en el sistema de protección de menores opta, en primer lugar por el acogimiento en la modalidad de familia extensa, no sólo por el bienestar integral del menor, sino además porque esta modalidad tiene menos costes económicos que el acogimiento en familia educadora y residencial; sin tener en cuenta las carencias socioeconómicas, la red de apoyo, la edad y la salud de los y las acogedores/as.*

Es evidente que en sí misma esta es una buena opción, porque supone mantener al niño/a en contacto con su familia de origen, en un contexto donde es conocido y querido, y en el que la probabilidad de mantener contacto con sus padres biológicos es posible. Sin embargo, hay que señalar que el acogimiento en esta modalidad no siempre es una alternativa viable -debe haber parientes dispuestos a ser una alternativa familiar para los menores-, y deseable, y los acogimientos en la propia familia no pueden ser acogimientos de *segunda categoría* en los que las familias carezcan de las cualidades adecuadas para lograr el desarrollo integral de los/as menores.

La demanda genérica de las familias acogedoras guarda relación con la escasa aportación económica destinada a los programas de acogimiento familiar. Como hemos constatado con anterioridad las familias no se embarcan en el acogimiento por la compensación económica; pero sí que algunas de ellas dejan de ser acogedoras porque su situación económica no se lo permite. Además es sobradamente conocido por el sistema de protección de la infancia, que el acogimiento familiar es menos oneroso, tanto por el ahorro que supone éste, si se compara con el acogimiento residencial, como por los beneficios que reportan al bienestar integral de los y las menores.

A tenor de los datos expuestos podemos decir que la hipótesis dos: *Las familias educadoras tienen una mejor situación socio-económica y más apoyo social y profesional que las familias extensas*, se confirma parcialmente. Como hemos comprobado, no todas las familias educadoras tienen un nivel socioeconómico superior a las familias extensas. Y con relación al apoyo social y profesional, ocurre que las familias educadoras reciben más apoyo profesional al inicio del proceso del acogimiento, con cursos de formación y seguimiento continuado una vez iniciado el mismo. Sin embargo, las familias extensas, en su mayoría, tienen más necesidades materiales, más conflictos relacionales con los padres biológicos y problemas de salud que las educadoras.

Los motivos que originan que los padres biológicos deleguen de forma voluntaria o involuntaria la tutela de sus hijos/as que se detectan en nuestro trabajo de investigación son similares a las de otras investigaciones realizadas. En todas ellas se señala que los factores que propician el acogimiento de las/os menores responden a: discapacidades psíquicas de los padres biológicos, consumo de drogas de larga duración, maltrato infantil, físico y psicológico, entre otros.

Los progenitores de los y las menores acogidos presentan un alto nivel de conflictividad y de riesgo personal y familiar. De las siete familias estudiadas, en tan sólo un caso los menores van a volver con uno de sus progenitores: el padre. La mayor parte de los padres biológicos parece difícil que puedan resolver sus problemas, para que puedan

retornar sus hijos/as. En uno de los casos el padre, actualmente, está tomando un papel más activo y ejerciendo funciones parentales con su hijo, que tenía delegadas, hasta la pubertad y adolescencia, a sus padres, los abuelos.

En general hemos observado que los progenitores están ausentes en el proceso de socialización de sus hijos e hijas y en el proceso de intervención y de atención desde los programas del sistema de protección de menores, tanto desde la Conselleria de Bienestar Social como de las entidades colaboradoras en el acogimiento de los y las menores. Lo que nos lleva a confirmar la hipótesis cuatro: *En la mayoría de los acogimientos de menores la familia biológica queda fuera de la intervención. No hay programas integrales, desde el inicio del proceso del acogimiento, que incluyan a los dos sistemas familiares: el de origen y el acogedor para clarificar las funciones de ambos, preparar para el retorno del o la menor con su familia, o apoyar en la ruptura y el conflicto entre los dos sistemas familiares.*

Las motivaciones para acoger en la familia extensa están originadas por la relación consanguínea y los vínculos afectivos establecidos con el/la menor, desde el inicio de los cuidados; y en las familias educadoras son los valores relacionados con el altruismo y la solidaridad social, o con creencias religiosas. Esta constatación coincide con la hipótesis primera del estudio: *Los motivos que originan el acogimiento de los y las menores en las familias educadoras están más relacionados con las creencias religiosas y la solidaridad altruista; y en las familias extensas por la obligación consanguínea y los vínculos afectivos.*

Hemos constatado que los acogimientos tienen una temporalidad establecida que se ha de respetar en relación con la agilización de los trámites, para que no se destruya la vida de un o una menor. Un año en la vida de un niño o niña es decisivo, para que éstos vayan transitando de acogimiento residencial, a acogimiento de urgencia, para pasar a adopción y que no se haya podido resolver por estar, en algunos casos, hasta tres años judicializado el caso. Estos datos coinciden con la investigación realizado por del Valle et al., (2007: 163) sobre el acogimiento de menores realizada a nivel estatal, y en la que señalan “que si la previsión [del acogimiento en familia ajena] era de hasta seis meses la duración real media para el conjunto de todas nuestras entrevistas fue de tres años y medio (exactamente la misma que se obtenía de los expedientes).”

En el trabajo de investigación hemos constatado que en los siete casos las cuidadoras principales del acogimiento de los/as menores son las mujeres. Y en seis, la persona que asume las funciones de la educación, de los hábitos de higiene y de la alimentación y las tareas domésticas es la mujer. Sólo una de ellas comparte con su pareja las tareas domésticas. Las acogedoras lo vivencian como que el trabajo doméstico y los cuidados no son trabajo, porque tienen sólo valor para el consumo privado y no un valor de intercambio como el que se realiza en el ámbito público, no lo tienen interiorizado como un producto con valor de uso social. Tampoco la sociedad.

6. PROPUESTAS

Una de las propuestas que realizamos en este estudio es que habría que adelantarse, con intervenciones profesionales específicas, a situaciones de conflicto que puedan

aparecer, sobre todo, en los casos de acogimientos por parte de los abuelos, y ello por dos razones: la primera, las relacionadas con *la evolución del ciclo vital* de los acogedores y de los/las menores; y la segunda con la *indiferenciación de los roles parentales* entre los acogedores –que asumen el rol de padres- y los padres biológicos que parecen hallarse en una eterna etapa de adolescencia, y pasan los años estando en contacto con su hijo, con el que tienen una relación más simétrica – de iguales en las funciones- que complementaria –de cuidados y responsabilidad del progenitor hacia el/la menor-, no llegando a ejercer el rol de padre y de madre.

Es necesario que la formación sobre el proceso del acogimiento de menores no vaya dirigido tan sólo a las familias educadoras, sino que se haga extensivo a todas las familias, sin diferenciar la modalidad, pues casi todas ellas tienen experiencia en la crianza y cuidado de sus propios hijos, pero la vinculación con los acogidos y acogidas es nueva y compleja y, en caso del acogimiento de los nietos, estas familias extensas ya han fracasado en la socialización de sus propios hijos e hijas, lo que se tendría que considerar como un factor de riesgo.

7. BIBLIOGRAFÍA

ALBERDI, I., y ESCARIO, P. (2003): *Flexibilidad, elección y estilos de vida familiar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

ALBERDI, I. Y ALBERT, M^a (2006): “Estructures familiars i relacions de gènere per el segle XXI”, en *Jornades internacionals del Departament de Sociologia i Antropologia Social*. Afers. Valencia. Revista Arxius, vol 15. Desembre.

AMORÓS, P. y PALACIOS, J. (2004): *Acogimiento familiar*. Madrid: Alianza Editorial.

ALBIÑANA et al., (2007) “Situación de los acogimientos en familia extensa en la ciudad de Valencia”. *Anales de psicología*, vol. 23, nº 2 (diciembre), pp., 193-200.

ATTENEAVE, C. Y SPECK, R. (1990): *Redes familiares*. Buenos Aires: Amorrortu

BARG, L. (2000): *La intervención con familia*. Una perspectiva desde el Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio.

BOTT, E.. (1990): *Familia y red social. Roles, normas y relaciones externas en las familias urbanas corrientes*. Colección. Humanidades. Madrid: Altea, Taurus, Alfaguara, S.A.

BOGDAN, R. Y TAYLOR, S.J. (1986): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.

BRONFENBRENNER, U. (1987) (1ª ed.): *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

COMAS, D., (2000): “Mujeres, familia y estado de bienestar social”, en Del Valle, T. *Perspectivas feministas desde la Antropología Social*. Barcelona: Ariel,

DE ROBERTIS, C. (2003): *Fundamentos del trabajo social*. Respondiendo a las nuevas situaciones desde los fundamentos del trabajo social. Valencia: PUV/ Nau llibres.

DOMINELLI, L., y MACLEOD, E. (1999): *Trabajo social feminista*. Universitat de València. Instituto de la Mujer. Madrid: Cátedra.

ESCRIBA, P. y POYATOS, A. (2000) “La intervención social con la familia desde la perspectiva ecosistémica”, en Escriba, P., y Huertas, Mª (Comps.) *Salud Mental Comunitaria: Rehabilitación y Reinserción Social*. Valencia: Nau Llibres.

ESTELLÉS, A.; GARCÍA, J. Y MONDAZA, G. (1999) *El acogimiento familiar en la Comunidad Valenciana. Familias educadoras doce años de experiencia en Valencia*. Generalitat Valenciana. Consellería de Bienestar Social. Dirección de Servicios Sociales.

MCGOLDRICK, M. Y GERSON, R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Buenos Aires: Gedisa,

MARTÍN, A. (2004): *Legislación sobre acogimiento familiar y adopción. Normativa internacional, estatal y autonómica*. Madrid: Tecnos.

MONTERRAT, C (2006): “Acogimiento en familia extensa: un estudio desde la perspectiva de los acogedores, de los niños y niñas acogidos y de los profesionales que intervienen”. *Intervención Psicosocial.*, vol. 15, no. 2, pp. 203-221.

----- (2007): “Els acolliment d'infants en família extensa. Disseny i avaluació d'un programa de grups de suport d'acollidors. *Inclusió-Exclusió: oposats o complementaris?* Revista de Treball social. Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. N° 180. Abril, 2007.

POYATOS, A. (coord.). (2003): *Mediación familiar y social en diferentes contextos*. Valencia. PUV. Universitat de Valencia: Nau llibres

PUJADAS, J. J. *El método biográfico: El uso de las historias de vida en las ciencias sociales*. Colección Cuadernos metodológicos, N° 5. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1992 (1ª ed.), septiembre.

RIPOL-MILLET, A, y RUBIOL, G. (1988). *L'acolliment familiar*. INTRES. Institut de Treball Social i Serveis Socials, Barcelona: Ed. Pòrtic, S. A.

RIPOL-MILLET, A. (2001): *Familias, trabajo social y mediación*. Barcelona: Ed. Paidós.

SLUZKI, C. (1996): *La red social: frontera de la práctica sistémica*, Barcelona: Gedisa.

TRIGUEROS, I (1995): *Manual de prácticas de Trabajo Social con las mujeres*. Madrid: Siglo XXI.

VV. AA. (2005) *Glossari de Treball Social, de les paraules als conceptes*. Coediten: Servei de Política Lingüística. Facultat de Ciències Socials. Universitat de València.

VALLÉS, M. S. (1999): *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Ed. Síntesis.

Otros documentos utilizados

FERNÁNDEZ DEL VALLE, J. y BRAVO, A. *Situación actual del acogimiento familiar de menores en España*. Estudio mediante convenio de colaboración entre la Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Universidad de Oviedo. Diciembre de 2003, en http://www.mepsyd.es/observatoriodeinfancia/documentos/Informe_acogida_familiar.

FERNÁNDEZ DEL VALLE, J et al (2008): *El acogimiento familiar en España. Una evaluación de resultados*. Observatorio de la infancia. Ministerio de Educación. Política Social y Deporte. Documentos, Nº 6. en <http://www.mepsyd.es/observatoriadeinfancia/documentos/acogimientofamiliarEspaña>.

La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos¹

Jesús Muyor Rodríguez

Profesor - investigador

Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Almería

1. Resumen

Este artículo pretende sumergirse en los aspectos teóricos y conceptuales de la discapacidad para plantear un modelo de intervención, en Trabajo Social, basado en derechos (y la construcción) de ciudadanía.

Para ello, se realiza una aproximación de la evolución de los modelos de tratamiento social dirigidos hacia este colectivo y se identifican los aspectos conceptuales más esenciales para el abordaje del Trabajo Social desde la perspectiva de los Derechos. Llegaremos, así, a la Convención de la ONU de 2006, sobre los derechos de las personas con discapacidad, que se presenta como un instrumento jurídico vinculante a la hora de ejercer y reivindicar los derechos de ciudadanía. Este Tratado Internacional puede (y debe) servir de guía en la planificación de las intervenciones que se realicen desde el Trabajo Social. Desde esta perspectiva, se cuestiona el papel pasivo y burocrático que parece estar formalizándose en el quehacer diario de los/as trabajadores/as sociales y se plantea un modelo de intervención más activo y crítico que actúe frente a las estructuras sociales que limitan la participación de las personas con discapacidad y generan (procesos de) exclusión social.

Con el presente texto, por tanto, se quiere fomentar la reflexión sobre la forma de entender y abordar la discapacidad para apostar por un modelo de intervención desde las aportaciones del propio colectivo de personas con discapacidad y que, además, integre la perspectiva de los derechos (humanos) como punto de partida y de llegada en el Trabajo Social.

Palabras claves

Discapacidad, Diversidad Funcional, Trabajo Social, Derechos Humanos, Intervención Social.

.....
¹ Agradezco a Javier Romañach Cabrero (Foro de Vida Independiente y Diversidad) la lectura y las aportaciones realizadas sobre los contenidos fundamentales del texto. Por supuesto, los errores cometidos son sólo atribuibles a su autor.

INTRODUCCIÓN (empezando a caminar...; Caminante ¿no hay camino?)

“Nada vale la ciencia si no se convierte en conciencia”

Carlo Dossi

La *discapacidad* es un fenómeno que está tomando un peso importante en nuestra sociedad. Las políticas públicas, los servicios, prestaciones y recursos implementados configuran una red de protección social que intentan dar respuesta a un grupo de población diverso y con necesidades, inquietudes y demandas distintas.

Las personas con discapacidad son especialmente vulnerables a la exclusión social, por diversos factores, entre otros la carencia de los bienes imprescindibles para ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. Existe una relación bidireccional entre discapacidad y exclusión social. Por una parte, las personas que viven en contextos de privación, malnutrición, infravivienda, etc., se encuentran sometidas a un riesgo más alto de adquirir una discapacidad. A la vez, la circunstancia de la discapacidad funciona como un factor precursor de exclusión, ya que las oportunidades de acceso a los servicios son menores (Huete, Díaz y Jiménez, 2009).

Bajo este contexto, se presupone que la *discapacidad* genera sufrimiento e implica algún tipo de “tragedia personal” (Oliver, 1996). Sin embargo, debemos tener presentes, como trabajadores/as sociales, que una persona con discapacidad no tiene por qué generar en sí mismo sufrimiento, sino lo que genera sufrimiento es la discriminación permanente, el aislamiento y las restricciones sociales que impone la sociedad a las personas que tienen discapacidad. Ser *discapacitado* significa ser objeto de una discriminación, de experimentar la vulnerabilidad y asaltos abusivos a la propia identidad y estima (Barton, 1998), por lo que las actuaciones profesionales propuestas deberán ir enfocadas, en gran medida, a la erradicación de dicha discriminación (Muyor Rodríguez, 2011).

La discapacidad surge del fracaso de un entorno social estructurado a la hora de ajustarse a las necesidades y las aspiraciones de la ciudadanía con *carencias*, más que de la incapacidad de las personas con discapacidad para adaptarse a las exigencias de la sociedad.

Abberley (2008) utiliza el término *opresión* para señalar las diferencias esenciales entre las vidas de las personas con discapacidad y las de aquellos que pertenecen a otros sectores de la sociedad, incluidos los que sufren otros tipos de opresión. Para este autor, la opresión es un mecanismo que impone estereotipos y distorsionan de manera sistemática las identidades de sus posibles sujetos y los reduce únicamente a sus aspectos “problemáticos”.

“Afirmar que las personas con discapacidad están oprimidas (...) significa afirmar que, en general, se encuentran en una posición inferior a la de otros sujetos de la sociedad, simplemente por tener discapacidad. También implica afirmar que esas desventajas están relacionadas con una ideología que justifica y perpetúa esa situación. Además, también significa aseverar que dichas desventajas y las ideologías que las sostienen no son ni naturales ni inevitables” (Abberley, 2008: 37)

Desde esta premisa, las (nuevas) políticas relacionadas con la discapacidad como la Convención de la ONU de 2006 sobre los derechos de las personas con discapacidad y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las

personas en situación de dependencia, pueden suponer una oportunidad novedosa para mitigar las situaciones de exclusión para un sector de personas que presentan especialidades e intensas necesidades de apoyo. La implantación de la Ley 39/2006 debería aspirar a una transformación de gran impacto en el modelo de servicios sociales tradicional basado en el asistencialismo y la discrecionalidad y reconocer un derecho subjetivo a determinadas prestaciones y servicios, orientados a la autonomía personal (Perez Bueno, 2010). La capacidad transformadora de esta novedosa visión de los Servicios Sociales, está fuertemente influenciada por dos aspectos concretos de los que depende: El diseño de las políticas públicas relacionadas con los Servicios Sociales y la implementación de las mismas (Muyor Rodríguez, 2011b).

Sobre este primer aspecto, se hace necesario responder a varias preguntas que actuaran como guía en la definición del problema y, por tanto, en el diseño de políticas públicas: ¿Qué entendemos por discapacidad? ¿Cómo se define? ¿Cuál es su uso? ¿Bajo qué modelos teóricos se construye el concepto? Por otro lado, y si se pretende implementar políticas públicas que garanticen el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, es obligado interrogarnos sobre el papel que desempeña el Trabajo Social y los/as trabajadores/as sociales en la implementación de estas políticas: ¿Cómo analizar desde el Trabajo Social el fenómeno de la discapacidad? ¿Qué dimensiones de la discapacidad consideramos como sociales? ¿Qué modelos teóricos justifican nuestra praxis profesional? ¿Cómo integramos los derechos y respondemos a las necesidades de las personas con discapacidad? ¿Qué recursos tenemos disponibles? ¿Se ajustan los servicios sociales a la realidad del colectivo de personas con discapacidad? ¿El papel del Trabajo Social debe limitarse a la asignación de recursos mínimos o, por el contrario, debe ejercer una función crítica, comprometida y activa hacia los derechos de ciudadanía?

Estas reflexiones necesitan ser utilizadas como marco analítico en la investigación empírica del Trabajo Social para validar su utilidad en la resolución de las situaciones o problemas prácticos. No obstante, en las páginas que siguen, intentaremos aproximarnos de forma, principalmente, teórica y metodológica a las cuestiones anteriormente planteadas.

Abordaremos este estado de la cuestión a través de los ejes que dan título al artículo: Por un lado, *la ciencia del Trabajo Social* entendida ésta como disciplina académica, científica y estructurada (dimensión teórica); Y por otro, *la conciencia del Trabajo Social* haciendo referencia al quehacer profesional del Trabajo Social, esto es, su dimensión más práctica en cuanto a intervención social.

MODELOS TEÓRICOS QUE FUNDAMENTAN LA DISCAPACIDAD (*maneras de pensar que generan formas de hacer que –de-limitan las condiciones de vida*)²

A lo largo de los años han surgido diferentes modelos explicativos de la *discapacidad*,

.....
² Este apartado está basado en el artículo publicado: Muyor Rodríguez, Jesús (2010).” Entre bioética, biopolítica y ética profesional: sobre el proceso de discapacidad como constructo y su relación con el Trabajo Social”. *Revista de Trabajo Social y Salud*, nº 66. Pp 279-314.

que abarcan ámbitos como la filosofía moral, la política, la sociología y la bioética, los cuales han tenido una notable influencia en las actuaciones políticas y en la construcción del imaginario social en torno a la *discapacidad*.

Estas diferentes maneras, formas o modelos de entender la *discapacidad* no sólo han repercutido en las respuestas institucionales y sociales que se han dado sino también en los condicionamientos, que estos modelos han ejercido y ejercen, en la propia construcción de la identidad de las personas con *discapacidad*.

Desde la antigüedad hasta la época actual han existido concepciones contradictorias en la forma de *pensar la discapacidad*. Tradicionalmente ha oscilado entre dos extremos *enfermedad y pecado*³, sin embargo desde los años noventa diversos autores han planteado un *modelo social de la discapacidad* con críticas a las simplificaciones de los anteriores modelos (especialmente se han configurado numerosas aportaciones en el campo científico para rechazar el *modelo médico* imperante)⁴.

En España, desde las ciencias sociales, podemos encontrar útil, como primeros planteamientos, los realizados por Puig de la Bella Casa (1990)⁵ y los enunciados de Demetrio Casado (1991)⁶. No obstante nos serviremos de los enfoques argumentados y seguidos por el propio colectivo de personas con discapacidad vinculados al movimiento de Vida Independiente en nuestro país y validados en la actualidad por la comunidad científica y social.

Desde esta perspectiva, a lo largo del tiempo pueden distinguirse claramente tres maneras o modelos de trato social a las personas con *discapacidad* (*modelo de prescindencia, modelo médico-rehabilitador y modelo social*⁷), y un novedoso modelo (*modelo de la diversidad*⁸) que se refuerza en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, parte de una visión basada en los Derechos Humanos, promueve el cambio de términos como *discapacidad por diversidad funcional* y considera el trabajo en el campo de la bioética una herramienta fundamental para alcanzar la plena dignidad de las personas discriminadas por su diversidad funcional-discapacidad- (Palacios y Romañach, 2006), considerándose como el paradigma ideológico en concordancia con el desarrollo del Trabajo Social (Muyor Rodríguez, J., 2009).

Estos modelos no son compartimentos estancos sino que coexisten en mayor o menor medida en la actualidad. Si bien, el *modelo social* y su continuación hacia el *modelo de la diversidad* se encuentran más enmarcados en discursos y paradigmas teóricos de espacios muy reducidos que en la práctica política, científica e institucional de la sociedad en general.

3 Lain Entralgo, P. (1961). *Enfermedad y pecado*, Barcelona: Toray.

4 Albrecht, Seelman y Bury, 2001; Barnes, Mercer y Shakespeare, 1997; Barton, 1998; Bradley, 1995; Corker, 1998; Davis, 1997; Imrie, 1997; Marks, 1997; Moore, Beazley y Maelzer, 1998; Oliver, 1990, 1992, 1998; entre otros de los más representativos.

5 Diferencia tres etapas: “modelo tradicional”, “paradigma de la rehabilitación” y el “paradigma de la autonomía personal”.

6 Enuncia cuatro modelos: el de “integración utilitaria”, el de “exclusión aniquiladora”, el de “atención tecnificada y especializada” y el de “accesibilidad y normalización”.

7 Véase Palacios, A. (2008). “El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad”. Madrid: CERMI

8 Para profundizar en este aspecto véase Palacios, A., Romañach, J. (2006). *El Modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramienta para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. España: Ediciones Diversitas-AIES.

En un primer modelo, *prescindencia*, el origen de la discapacidad tiene motivo religioso. Las personas con discapacidad son una carga para la sociedad (no tienen nada que aportar a la comunidad, albergan mensajes diabólicos, son la consecuencia del enojo de los dioses). Por estos motivos, la sociedad decide prescindir de estas personas, ya sea a través de la aplicación de actuaciones eugenésicas (submodelo eugenésico) o situándolas en el espacio destinado para los *anormales* y las clases pobres, con un denominador común marcado por la dependencia y el sometimiento, en el que son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia (submodelo de marginación). Se entiende en este modelo que las vidas de las personas con discapacidad no merecen la pena ser vividas.

Desde un segundo modelo, surgido después de la II Guerra Mundial, principalmente **definido como médico-rehabilitador**, las causas que originan la *discapacidad* no son religiosas sino *científicas*. Se alude a la discapacidad en términos de *salud o ausencia de enfermedad*. Las personas con *discapacidad* ya no son consideradas inútiles o innecesarias, pero siempre en la medida en que sean *rehabilitadas o normalizadas*, y logren asimilarse a las demás personas (*válidas y capaces*). El éxito es valorado en relación con la cantidad de destrezas y habilidades que logre adquirir el individuo, a través de la intervención interdisciplinaria del proceso de *normalización*. De esta manera pueden obtener por parte de la sociedad un valor como personas y ciudadanos/as.

La atención se centra en la discapacidad (en aquello que la persona no es capaz de realizar). Se subestiman las aptitudes de este *colectivo* y, así, el tratamiento social se basa en una actitud paternalista y caritativa. Estas personas se convierten en *objetos médicos*. De esta manera la atención y explicación de las necesidades se obtienen desde una visión exclusivamente medicalizado y medicalizante. Se potencia la creación de espacios *sobreprotegidos* para las personas con discapacidad y se promueven los servicios institucionalizados.

Destacamos dos puntos fundamentales en este modelo que nos servirán además para contextualizar las ideas que se irán presentando posteriormente en este texto. En primer lugar, se sitúa el “problema” de la *discapacidad* dentro del individuo; y, en segundo lugar, se considera que las causas de dicho problema son el resultado directo de sus limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas. Estos aspectos pueden denominarse como “la teoría de la tragedia personal de la discapacidad”⁹ que sugiere que la discapacidad es un evento fortuito terrible que sucede a algunos individuos. En consecuencia, las políticas deben tender a *normalizar* a las personas en la medida de lo posible, y de ese modo ayudar a que las mismas sean integradas en la sociedad. En este proceso de *normalización* el/la profesional adquiere una posición superior en la cual dirige la *rehabilitación* de la persona, normalmente, bajo un carácter paternalista que limita y (re)construye la forma de vida de las personas con *discapacidad*.

Sin embargo, a pesar de representar un avance respecto de consideraciones anteriores, podrá observarse que el modelo rehabilitador ha sido, y de hecho es, criticado en cuanto a la filosofía que lo sustenta, en lo que atañe a la consideración de la persona con *discapacidad* como un *ser dependiente*, inferior, que necesita ser rehabilitado (re-

.....
⁹ Oliver, M. (1996). *Understanding Disability. From theory to practice*, Palgrave, Malasia.

habilitado) a los efectos de recuperar su dignidad (una dignidad que se da por lesionada o perdida) (Palacios, A., 2008: 81).

El tercer modelo, denominado *social*, es aquel que considera que las causas que originan la *discapacidad* no son ni religiosas, ni científicas, sino que son sociales (por la manera en la que se encuentra diseñada la sociedad). No son las limitaciones individuales el centro del *problema* sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. Esto no supone negar el aspecto individual de la discapacidad sino situarlo dentro del contexto social. Las respuestas, dentro de este modelo, no deben dirigirse individualmente a las personas con discapacidad sino a la sociedad, de manera que ésta llegue a estar pensada y diseñada para atender las necesidades de todos. Así, este *colectivo* puede contribuir a la sociedad en la misma medida que el resto de las personas sin discapacidad.

La vida de las personas con *discapacidad* adquiere el mismo sentido que el de las personas sin discapacidad. El objetivo que se encuentra reflejado en este paradigma es rescatar las capacidades en vez de acentuar las discapacidades, es decir, seguir con el binomio *capacidad-discapacidad* invirtiendo su peso (Romañach, 2009: 22).

Se puede considerar el “*movimiento de vida independiente*”¹⁰ como el antecedente inmediato del modelo social. Éste se opone a la provisión burocrática de los servicios sociales, derivada del modelo rehabilitador, y aboga por servicios autogestionados en base a sus propios objetivos, acentuando la capacidad de elección y de control del interesado (Muyor Rodríguez, J., 2010b). Este movimiento social surge en los años 70 del pasado siglo, al principio en los Estados Unidos y, posteriormente, en otros países. Sus principios fueron levantados por personas con diversidades funcionales notables (discapacidades), que no aceptaban quedar al margen de la sociedad a voluntad de las instituciones, especialistas y familiares, que decidirían todo por ellos (Nóvoa Romay, 2008).

El modelo social parte de la premisa de que la *discapacidad* es una construcción y un modo de opresión social. Esto lleva a reivindicar la autonomía de las personas con *discapacidad*, en un ejercicio político-activista, para decidir respecto de su propia vida con el fin de brindar una igualdad de oportunidades.

Siguiendo a Palacios (2008), y en lo que interesa para los aspectos principales de este texto, podría afirmarse que el modelo bajo análisis parte de tres supuestos básicos:

En primer lugar, toda vida humana, con independencia de la naturaleza o complejidad de la diversidad funcional (discapacidad) que le *afecte*, goza de igual valor en dignidad. Debe destacarse, sin embargo, que esta afirmación resulta muy difícil de ser llevada a la práctica, dado que la misma fundamentación de la idea de dignidad humana actual parte desde un modelo de ser humano capaz. Es por ello que quizás se requiera una nueva definición de la idea de dignidad que no deje a nadie afuera, ni dé lugar a interpretaciones que supongan que determinados seres humanos pueden ser más dignos que otros.

.....
¹⁰ Véase sobre este tema Vidal García, J. (2003). *El movimiento de Vida Independiente. Experiencias Internacionales*. Madrid: Ed. Fundación Luis Vives. Marañón, J.J. (2004). *Vida Independiente. Nuevos modelos organizativos*. España: Asociación Iniciativas y estudios sociales.

En segundo lugar, desde el modelo social se defiende que toda persona, cualquiera sea la naturaleza o complejidad de su diversidad funcional, debe tener la posibilidad de tomar las decisiones que le afecten en lo que atañe a su desarrollo como sujeto moral, y por ende debe permitírsele tomar dichas decisiones. Por ello, desde este modelo, se esbozan ciertas herramientas encaminadas al desarrollo de la autonomía aunque sin perder de vista que siempre será en la medida de lo posible. No obstante, argumenta Palacios, no debemos pasar por alto que todas las personas somos interdependientes, y necesitamos apoyo para el desarrollo de nuestra autonomía. Este planteo, añade la autora, probablemente nos conduzca a que la misma noción de independencia deba ser replanteada.

En este sentido, nos enfrentamos a un grave problema cuando el significado de dependencia asignado por los profesionales y el asignado por las propias personas con discapacidad es diferente. Los profesionales tienden a definir la independencia en términos de actividades de autocuidado, tales como bañarse, vestirse, asearse, cocinar y comer sin asistencia. Las personas con discapacidad, sin embargo, definen la independencia de manera diferente, considerándola como la capacidad de autocontrol y de tomar las decisiones sobre la propia vida, más que realizar actividades sin necesidad de ayuda¹¹. De este modo, la noción de independencia debería ampliarse, desde la consideración de logros o realizaciones físicas hacia la valoración de decisiones sociopsicológicas. La vida independiente no solo debe incluir la calidad de las tareas físicas que las personas con discapacidad pueden realizar, sino más bien la calidad de vida que pueden llevar. Por otro lado, destaca Palacios, hay muchas otras formas en las que la dependencia es creada, como por ejemplo las actitudes sociales condescendientes, la inaccesibilidad del entorno y otras, que constantemente fuerzan a las personas con discapacidad a buscar ayudas. Esto, le lleva a la experta a una tercera cuestión dentro de este modelo;

Las personas etiquetadas con *discapacidad* gozan del derecho a participar plenamente en todas las actividades: económicas, políticas, sociales y culturales, en definitiva, en la forma de vida de la comunidad, del mismo modo que sus semejantes sin discapacidad. Esta afirmación o reclamo de igualdad, no obstante, no se encuentra dirigida, tal como se planteaba desde un modelo rehabilitador, a que las personas con discapacidad deban encubrir sus diferencias para acceder a ciertos espacios de participación, supuestamente, al igual que los demás. Precisamente desde una perspectiva opuesta, se reclama una igualdad inclusiva de la diferencia (Palacios, 2008: 156).

En la dimensión normativa y ética actual, los paradigmas conceptuales para entender el fenómeno de la diversidad funcional (discapacidad) se encuentran dentro de una dialéctica integrada por los dos últimos modelos junto con una sutil invasión moderna del modelo de prescindencia a raíz de los avances genéticos (Palacios, A. y Romañach, J., 2008: 38). Aun así, todavía, se detecta una importante discriminación que afecta a la realidad cotidiana y participación social -el acceso a la educación, la cultura, la formación profesional, el trabajo, el ocio- (Vidal García, 2003), y que asciende a los marcos jurídicos y teóricos, que indican la falta de evolución de los modelos teóricos en nuestro país (Romañach, 2008).

.....
¹¹ Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Londres: Macmillan.

Por estos motivos, en la actualidad, está desarrollándose un nuevo modelo denominado **“Modelo de la Diversidad funcional”** surgido desde el propio colectivo de las personas con diversidad funcional, a través del Foro de Vida Independiente y Divertad.

El modelo de la diversidad (Palacios y Romañach, 2006), pretende complementar el modelo social y dar respuesta y solución a las discriminaciones que no remiten y que sufre el colectivo de personas con diversidad funcional. Va más allá del eje teórico de la capacidad, ya que éste no da respuesta a los nuevos retos bioéticos y además ha sido impuesto por los modelos anteriores en un vano intento de ser como el otro, de aspirar a una normalidad estadísticamente incompatible con la diversidad que caracteriza a las personas con diversidad funcional.

Desde el Foro de Vida Independiente se realiza un “Giro epistemológico” que propone el uso del nuevo término “diversidad funcional”, como sustituto de los peyorativos “discapacidad”, “minusvalía”, “invalidez”, etc. tradicionalmente utilizados para designar al colectivo. De esta manera la persona puede encontrar una identidad que no sea percibida como negativa.

El Modelo de la Diversidad manifiesta la necesidad del trabajo en el marco bioético intentando romper con la percepción social que adjudica a la vida de una persona con diversidad funcional un diferente valor y el teórico sufrimiento que la convivencia con la diversidad funcional supone a un individuo por el mero hecho de ser diferente. De esta manera la bioética deja de ser una amenaza para este colectivo y pasa a ser la palanca de cambio necesaria para crear un nuevo modelo.

Los principios básicos en los que se sustentan son la *dignidad humana* (*intrínseca* -libertad, autonomía, integridad, respeto- y *extrínseca* -derecho, disfrute, goce y ejercicio en condiciones de igualdad-) y la *diversidad*. Todas las personas tienen un mismo valor moral, independientemente de sus capacidades o dis-capacidades, y por tanto tienen que tener garantizados los mismos Derechos Humanos. Por ello, el modelo plantea la necesidad de utilizar dos campos de debate dialéctico y conceptual: la bioética y el derecho, con el fin de conseguir la plena dignidad de todo el colectivo y, por extensión, de toda la sociedad (Romañach, 2009: 34).

Si bien, estos campos mencionados por el autor se consideran necesarios, creemos que se debe añadir, además, un tercer campo que deriva inevitablemente y directamente de los anteriores, esto es la praxis profesional. Este aspecto no sólo deviene del campo de la bioética sino que además, en la actualidad, (debido a que, mayoritariamente hoy en día, los otros organizan y estructuran las condiciones de vida de las personas con discapacidad), puede, y debe, ser utilizado para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Ya que, recuérdese, el simple reconocimiento de los derechos no garantiza que los derechos sean efectivos (Palacios, 2004).

Dentro de este modelo se reclaman políticas que consideren que la discapacidad es una cuestión de dignidad y de derechos humanos y por tanto la sociedad ha de trabajar para garantizar estos derechos. Esto implica reconocer la voz de las personas con discapacidad en todos los ámbitos sociales, políticos y académicos. Esta participación se debe hacer de forma directa y vinculante a través de los implicados y no de forma represen-

tativa y consultiva por parte de personas sin discapacidad. Para tal fin se exige la eliminación de cualquier terminología negativa para referirse al colectivo, la supresión de las prácticas discriminatorias en los temas bioéticos, la difusión de una imagen positiva de la discapacidad y, en general, la incorporación de los pilares fundamentales de este modelo en todas las políticas desarrolladas por los propios representantes de las personas con *diversidad funcional* y en todas las políticas institucionales (Palacios y Romañach, 2006).

DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA Y AUTONOMÍA (conceptos en uso y prácticas en desuso)

En la actualidad los/as profesionales del Trabajo Social convivimos diariamente con conceptos que actúan como unidades de análisis, fundamentaciones y/o evaluaciones de nuestras intervenciones. Además, estos usos nos sirven para definir a las personas, categorizar grupos y asignar recursos. Pero ¿hablamos de lo mismo? ¿Manejamos diferentes palabras para definir una misma realidad? ¿Utilizamos correctamente y de manera unificada estos conceptos?

Siguiendo a Campello García (2007), la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la anterior Clasificación de 1980 (modificada en 2001), reducía el fenómeno de la *discapacidad* a los aspectos psicobiológicos:

- **Deficiencia:** toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- **Discapacidad:** toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o margen que se considera normal.
- **Minusvalía:** situación de desventaja social como consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de edad, sexo, factores sociales y culturales.

La discapacidad, en la actualidad, es denominada por la OMS en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de 2001, como un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social. La discapacidad, en estos términos, se produce por la interacción de las características de la salud con los factores contextuales. Para ello se sigue el siguiente esquema conceptual:

- **Déficit en el funcionamiento** (sustituye al término “deficiencia”, tal y como se venía utilizando), como la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. En este contexto el término “anormalidad” se usa para referirse a una desviación significativa de la norma estadística (por ejemplo, la mediana de la distribución estandarizada de una población) Representa la perspectiva del cuerpo respecto a la discapacidad.
- **Limitación en la actividad** (sustituye al término “discapacidad” según se entiende en la anterior clasificación de la OMS): son las dificultades que una persona puede tener en la ejecución de las actividades. Las limitaciones en la actividad pueden clasifi-

carse en distintos grados, según supongan una desviación más o menos importante, en términos de cantidad o calidad, en la manera, extensión o intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin esa condición de *salud*. Representa la perspectiva de la persona respecto a la discapacidad.

- **Restricción en la participación** (sustituye al término “minusvalía): como los problemas que una persona puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación es determinada por la comparación de la participación de un determinado individuo con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad. Representa la perspectiva social respecto a la discapacidad.

En esta línea, intentar relacionar la discapacidad con la dependencia en una tarea compleja que requiere diversas connotaciones y puntos de vista. La dependencia desde un plano médico puede entenderse como la falta de autonomía funcional que afecta a una persona para realizar las actividades de la vida diaria. No obstante, la situación de dependencia, puede ser vista también desde un plano social que implica, por otro lado, que la atención normativa no se proyecte únicamente y exclusivamente en el ámbito de la asistencia sanitaria. Así, el objetivo básico de cualquier protección contra las situaciones de dependencia debe ser, en primer lugar, el hacer desaparecer, en el mayor grado posible, aquellas circunstancias sociales que pueden provocarlas o aumentarlas y, a partir de ahí, proporcionar a la persona la asistencia, ayudas y auxilios que necesita para poder realizar, adecuada y dignamente, las actividades de la vida diaria para las que necesita ayuda (PALACIOS, 2008).

Desde estas consideraciones podemos decir que no existen “personas dependientes” y “personas independientes”, sino situaciones en las que una persona puede perder o ver limitada, en mayor o menor grado su autonomía para la realización de determinadas actividades. Por tanto el tratamiento de la situación de dependencia no se produce por rasgos propios de un grupo sino por la situación de insatisfacción de derechos en la que se encuentra dicho grupo (de Asís y Palacios, 2007: 19-22).

La dependencia puede entenderse según la clasificación de la OMS como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de la enfermedad o accidente. Esta clasificación no contempla específicamente la dependencia como consecuencia de la pérdida de autonomía atendiendo a la edad bajo determinadas circunstancias físicas y personales, exclusivamente. Sólo cita la enfermedad y los accidentes como causas del déficit de funcionamiento corporal. Este déficit comporta una limitación de la actividad. Cuando esta limitación no puede superarse mediante la adaptación del entorno, genera una restricción de la participación que conlleva a la dependencia (ayuda) de otras personas para realizar las actividades.

La dependencia es un concepto más amplio que radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para actividades ordinarias de la vida cotidiana. Generalmente la definición de dependencia contiene tres características fundamentales:

- La limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades

de la persona necesarias para vivir de forma autónoma.

- La incapacidad de la persona para realizar por si misma las actividades básicas de la vida diaria.
- La necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Sin embargo, en la actualidad parece existir un reduccionismo del concepto a su esfera más funcional. Esto hace que la dependencia se asocie a la autonomía física y la capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria (aseo, alimentación, vestido...). No obstante hay que tener en cuenta la concepción de *autonomía moral* en relación a la dependencia. Por ello, la *autonomía moral* que es la capacidad de elegir, decidir cuándo levantarse, cómo asearse, qué ponerse, es también decisivo a la hora de valorar la autonomía/dependencia de las personas.

Estas dos concepciones son mezcladas y confundidas en la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LAAD) bajo un único término de *autonomía*.

Dicha confusión puede extraerse de lo siguiente:

“Artículo 2. Definiciones

Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.”

Como se aprecia, y siguiendo los argumentos estructurados por Romañach (2009), se habla sólo de autonomía moral sin diferenciar de la autonomía física. Se podría afirmar, así, que en la LAAD la idea de *autonomía* está contemplada haciendo uso de la acepción “*autonomía moral*”. No obstante, este argumento no puede sostenerse al seguir leyendo el contenido de la Ley. En este sentido encontramos en el artículo 2.3. la definición de “*actividades de la vida diaria*”, aspecto esencial para entender en su conjunto el concepto de autonomía propuesto en la LAAD:

“Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): las tareas más elementales de la per-sona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.”

Como se observa, se mezclan, a la hora de definir el “mínimo de autonomía”, aspectos relacionados con la autonomía moral: “reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas” y aspectos relacionados con la autonomía física: “el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial”¹².

De acuerdo con las ideas tratadas en este apartado, cabría preguntarse cuál será la consecuencia ideológica que puede tener el proporcionar ayudas individuales a la perso-

.....
¹² A modo de ejemplo, la posibilidad de tomar la decisión de levantarse a una hora determinada (autonomía moral) por una persona que tenga tetraplejía, no está relacionada con la movilidad esencial para poder llevar a cabo la tarea de levantarse (autonomía física) (Romañach, 2009: 196).

na para que pueda subir escaleras y no desarrollar actuaciones que garanticen el diseño para todos y la accesibilidad universal. Los/as trabajadores/as sociales deberíamos traducir la política social en sentido operativo desde los supuestos ideológicos de nuestra profesión. Esto es, favorecer el desarrollo de la política social en la medida que sabemos contribuye a la superación de los obstáculos a los que se enfrentan las personas a las que atendemos. Por el contrario, parece que las intervenciones que realizamos, en muchos casos, generan situaciones de dependencia de la prestación o del servicio y no desarrolla el correspondiente sentido de nuestro deber profesional¹³.

LAS (NUEVAS) POLÍTICAS SOCIALES SOBRE DISCAPACIDAD, AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA (sobre cómo se crea Dis-ciudadanía)

Si pretendemos abordar la discapacidad desde el modelo social y de la diversidad, debemos volver la mirada hacia las estructuras sociales y agentes cuya influencia y actividades inciden en las vidas de estas personas. Desde este punto de partida, la discapacidad surge de la negación de ciudadanía, una negación de creación social, que hace evidente la necesidad de que la investigación (y la práctica diaria) se realice en el ámbito social y político, más que en el individual (Drake, 1998).

La ciudadanía debe entenderse tanto como un estatus formal (el conjunto de derechos civiles, políticos y sociales que otorga el ordenamiento jurídico) como una condición sustantiva (la práctica efectiva de esos derechos). Asimismo, ha de concebirse como proceso social instituido en el que resalta la importancia de la participación en las prácticas sociales relacionales que configuran la ciudadanía (accesibilidad y universalidad de los espacios de participación).

Las personas con discapacidad han ocupado un papel destacado en las políticas sociales democráticas. No obstante, se han desarrollado históricamente ocupándose de la protección y provisión de unos recursos mínimos (en muchos casos insuficientes) y no a la accesibilidad real. Esto se debe, fundamentalmente, a la concepción social adoptada conforme a unos parámetros rehabilitadores, en los que lo fundamental es favorecer la adaptación. La noción de dependencia ha orientado las políticas sociales dirigidas al colectivo, por lo que *han disfrutado* de una ciudadanía de segunda clase- pasiva, receptiva, dependiente- (Díaz, Jiménez y Huete, 2009: 297-298).

Las políticas sociales pueden colaborar en la producción de un estigma basado en la imposibilidad de que las personas con discapacidad se desarrollen plenamente en la sociedad en la que viven. La definición de la realidad en la que se conceptualiza (de forma ideológica) el fenómeno condiciona las formas de vida de estas personas. Las personas con *diversidad funcional* han sido definidas mediante conceptos que son el polo negativo de categorizaciones dicotómicas: son personas discapacitadas (sin capacidad), anormales (sin normalidad), enfermas, (sin salud), dependientes (sin independencia); en definitiva, personas defectuosas (Rodríguez Díaz y A.V. Ferreira, 2010: 154).

.....
¹³ Trataremos estos aspectos en los próximos apartados.

Cuando hablamos *sociológicamente* de discapacidad estamos hablando de personas; dichas personas constituyen un colectivo que experimenta ciertas condiciones de existencia relativamente homólogas, debido, fundamentalmente, a las imposiciones de las que son objeto por los entornos en los que conviven. Es decir, su constitución como colectivo no es consecuencia de una homogeneidad intrínseca, sino fruto de una homologación impuesta; y en ella, juega un papel fundamental la catalogación médica de la que son objeto esas personas (Rodríguez Díaz y A.V. Ferreira, 2010b: 292). La construcción del concepto de *discapacidad* a través del modelo médico-rehabilitador repercute en la orientación de las políticas públicas y en la praxis profesional de los/as Trabajadores Sociales. La tendencia a los servicios institucionalizados (residencias) es un claro ejemplo de la repercusión de este discurso *medicalizante* y *medicalizado* de la *diversidad funcional*. Es imprescindible darse cuenta que este modelo basado en categorías médicas y clasificación de deficiencias tiene una utilidad parcial o sesgada a la hora de entender la *diversidad funcional* como una cuestión de Derechos Humanos. Es en este aspecto donde vemos la necesidad de desarrollar los servicios y recursos de protección social de la discapacidad y las situaciones de dependencia destinados a este colectivo en el marco del modelo de la diversidad y la filosofía del movimiento de vida independiente que legitima la Convención de la ONU.

En este sentido, la política social y la práctica de los agentes sociales requieren también una visión integrada y holística en la comprensión de la identidad de las personas con *diversidad funcional*. Por lo tanto el Trabajo Social ha de ejercer un papel crítico y transformador en la sociedad tratando de comprender los discursos de estas personas y dar respuesta a sus demandas. Puesto que, como hemos visto, la «*discapacidad*» es también una construcción social que implica las representaciones simbólicas que la sociedad posee del colectivo, el Trabajo Social debe implicarse no sólo en los aspectos más prácticos de las demandas (atención, cuidados, recursos) sino también en influir en la dimensión política que ineludiblemente condiciona el imaginario social en torno a la *diversidad funcional* y determina sus condiciones de vida aún en situación de desigualdad, exclusión social y *dis-ciudadanía* (Muyor Rodríguez, 2011b).

En el marco del desarrollo de los derechos de ciudadanía, la *Convención de la ONU de 2006 sobre los derechos de las personas con discapacidad*, ofrece un instrumento jurídico para garantizar la *ciudadanía (social) de la discapacidad* y, además, servir de marco para el diseño e implementación de políticas, planes y proyectos relacionados con este colectivo.

LA CONVENCIÓN DE LA ONU DE 2006 SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (un cambio en la manera de comprender y actuar en el ámbito de la discapacidad)

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (en adelante Convención) y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, y quedaron abiertos a la firma el 30 de marzo de 2007. Fue aprobada y ratificada por España y entró en vigor en Mayo de 2008.

Una Convención o Tratado internacional es un acuerdo internacional celebrado por escrito entre Estados y regido por el derecho internacional que tiene fuerza vinculante. Consta de un preámbulo, 50 artículos y un Protocolo Facultativo.

La Convención no crea ningún derecho nuevo. No obstante, lo que hace es expresar los derechos existentes en una forma que atiende a las necesidades y la situación de las personas con discapacidad.

En el caso de España, implica cambios en las leyes -cuestiones del Código Civil, del Penal, de la Ley de Enjuiciamiento Civil, de la de Enjuiciamiento Criminal, normativa en materia de educación y al menos siete leyes orgánicas- (De Asís, 2008).

El propósito de la presente Convención es *promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente* (art.1)

PRINCIPIOS GENERALES

- Dignidad y Autonomía
- No Discriminación
- Participación e inclusión
- Respeto y aceptación de la discapacidad como parte de la diversidad humana
- Igualdad de oportunidades
- Igualdad entre hombre y mujer
- Respeto a las capacidades en evolución e identidad de los niños

¿Cuáles son las principales consecuencias de la aprobación y posterior entrada en vigor de la Convención para las personas con discapacidad?

En lo que atañe a la forma de abordar la discapacidad:

* La discapacidad es una cuestión de derechos humanos. Que las personas con discapacidad no son “objeto” de políticas caritativas o asistenciales, sino que son “sujetos” de derechos humanos.

En lo que atañe a las obligaciones por parte de los Estados

* Realizar las modificaciones legislativas necesarias en el ámbito nacional para implementar sus obligaciones legales derivadas de este nuevo instrumento internacional.

En lo que atañe a las vías de reclamo de derechos

* Convención Internacional como herramienta jurídica, a la hora de presentar o iniciar acciones legales o reclamos judiciales.

En lo que atañe a la educación a la sociedad respecto de los derechos de las personas con discapacidad

* En un primer nivel, la difusión de la Convención como herramienta jurídica y su utilidad en el ámbito del movimiento asociativo –ONG de discapacidad y sus familias-

* Un segundo nivel sería el nivel de educación para la ciudadanía. Acercar el fenómeno de la discapacidad, y del modo contemplado en la Convención Internacional, a la educación de los niños y niñas y adolescentes

* Un Tercer nivel sería el académico. Esto implica incorporar las consecuencias y derivaciones de la Convención dentro de los diferentes programas de estudios académicos (en especial Derecho, Arquitectura, Ciencias Políticas, Psicología, Trabajo Social, Ciencias Empresariales, Urbanismo, entre otros).

¿Por qué es importante la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad?

* Porque es el primer tratado de derechos de la discapacidad “vinculante”.

* Las anteriores normas de discapacidad de las Naciones Unidas, como el Programa de Acción y las Normas Uniformes, eran sólo recomendaciones de políticas.

* En la práctica las normas anteriores funcionaban como listas de buenas intenciones.

* No había un mecanismo de control o supervisión que las hiciera obligatorias.

A continuación sigue un resumen de las provisiones más importantes de la Convención¹⁴:

Los países que se unen a la Convención se comprometen a elaborar y poner en práctica políticas, leyes y medidas administrativas para asegurar los derechos reconocidos en la convención y abolir las leyes, reglamentos, costumbres y prácticas que constituyen discriminación (Artículo 4).

Habida cuenta de que es esencial que cambien las percepciones para mejorar la situación de las personas con discapacidad, los países que ratifican la convención deben combatir los estereotipos y prejuicios y promover la conciencia de las capacidades de esas personas (Artículo 8).

Los países deben garantizar que las personas con discapacidad disfruten del derecho inherente a la vida en condiciones de igualdad con otras personas (Artículo 10), asegurar la igualdad de derechos y el adelanto de las mujeres y las niñas con discapacidad (Artículo 6) y proteger a los niños con discapacidad (Artículo 7).

Los niños con discapacidad tendrán igualdad de derechos, no serán separados de sus padres contra su voluntad, excepto cuando las autoridades determinen que ello es en el interés superior del niño, y en ningún caso serán separados de sus padres debido a una discapacidad del niño o de los padres (Artículo 23).

.....
¹⁴ Extraído de <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/convention.html>

Los países deben reconocer que todas las personas son iguales ante la ley, prohibir la discriminación basada en las discapacidades y garantizar igual protección de la ley. (Artículo 5).

Los países deben asegurar la igualdad de derechos a poseer y heredar propiedad, controlar los asuntos financieros y tener igualdad de acceso a los préstamos bancarios, el crédito y las hipotecas (Artículo 12).

Deben garantizar el acceso a la justicia en condiciones de igualdad con otros (Artículo 13) y asegurar que las personas con discapacidad disfruten del derecho a la libertad y la seguridad y no sean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente (Artículo 14).

Los países deben proteger la integridad física y mental de las personas con discapacidad (Artículo 17), garantizar que dichas personas no sean sometidas a la tortura, a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes o a castigos, y prohibir los experimentos médicos o científicos sin el consentimiento de la persona interesada (Artículo 15).

Las leyes y medidas administrativas deben garantizar el derecho a no ser explotado o sometido a violencia o abusos. En caso de abuso, los países deben promover la recuperación física y psicológica, la rehabilitación y la reintegración de la víctima e investigar el abuso (Artículo 16).

Las personas con discapacidad no deben ser objeto de injerencia arbitraria o ilegal en la vida privada, la familia, el hogar, la correspondencia o la comunicación. Debe protegerse la confidencialidad de su información personal y en materia de salud (Artículo 22).

En cuanto a la cuestión fundamental de la accesibilidad (Artículo 9), la Convención requiere que los países identifiquen y eliminen los obstáculos y las barreras y aseguren que las personas con discapacidad puedan tener acceso a su entorno, al transporte, las instalaciones y los servicios públicos, y tecnologías de la información y las comunicaciones.

Las personas con discapacidad deben tener la opción de vivir en forma independiente, ser incluidas en la comunidad, elegir dónde y con quién vivir y tener acceso a servicios de apoyo en el hogar, en residencias y en la comunidad (Artículo 19). Debe promoverse la movilidad personal y la independencia, facilitando la movilidad personal asequible, la capacitación al respecto y el acceso a ayudas para la movilidad, aparatos, tecnologías de asistencia y asistencia personal (Artículo 20).

Los países reconocen el derecho a un nivel de vida y de protección social adecuado, incluso viviendas, servicios y asistencia públicos en lo que respecta a las necesidades relacionadas con las discapacidades, y asistencia para el pago de los gastos conexos en caso de pobreza (Artículo 28).

Los países deben promover el acceso a la información, proporcionando la información prevista para el público en general en formatos y tecnologías accesibles, facilitando el uso del Braille, el lenguaje por señas y otras formas de comunicación y alentando a los medios de comunicación y a los proveedores de Internet a ofrecer información en línea en formatos accesibles (Artículo 21).

Es menester eliminar la discriminación relacionada con el matrimonio, la familia y las

relaciones personales. Las personas con discapacidad disfrutarán de igualdad de oportunidades de tener relaciones sexuales e íntimas, experimentar la procreación, contraer matrimonio y fundar una familia, decidir el número y el espaciamiento de sus hijos, tener acceso a educación y medios en materia reproductiva y de planificación de la familia, y disfrutar de igualdad de derechos y responsabilidades con respecto a la tutela, el pupillage, el régimen de fideicomiso y la adopción de niños (Artículo 23).

Los Estados deben asegurar la igualdad de acceso a la educación primaria y secundaria, la formación profesional, la enseñanza de adultos y el aprendizaje permanente. La educación debe emplear los materiales, las técnicas educacionales y las formas de comunicación adecuados. Los alumnos que las necesiten deben recibir las medidas de apoyo pertinentes, y los alumnos ciegos o sordos deben recibir su educación en las formas más apropiadas de comunicación, de maestros con fluidez en el lenguaje por señas y el Braille. La educación de las personas con discapacidad debe promover su participación en la sociedad, su sentido de dignidad y valor personal y el desarrollo de todo su potencial en lo que se refiere a la personalidad, los talentos y la creatividad (Artículo 24).

Las personas con discapacidad tienen el derecho al más alto nivel posible de salud sin discriminación debido a su discapacidad. Deben recibir la misma gama, calidad y nivel de servicios de salud gratuitos o asequibles que se proporcionan a otras personas, recibir los servicios de salud que necesiten debido a su discapacidad, y no ser discriminadas en el suministro de seguro de salud (Artículo 25).

Para que las personas con discapacidad logren la máxima independencia y capacidad, los países deben proporcionar servicios amplios de habilitación y rehabilitación en las esferas de la salud, el empleo y la educación (Artículo 26).

Las personas con discapacidad tienen igualdad de derechos a trabajar y a ganarse la vida. Los países deben prohibir la discriminación en cuestiones relacionadas con el empleo, promover el empleo por cuenta propia, la capacidad empresarial y el inicio del negocio propio, emplear a personas con discapacidad en el sector público, promover su empleo en el sector privado y asegurar que se proporcione una comodidad razonable en el lugar de trabajo (Artículo 27).

Los países deben garantizar la igualdad de participación en la vida política y pública, incluso el derecho al voto, a ser candidato a elecciones y a ocupar puestos públicos (Artículo 29).

Los países deben promover la participación en la vida cultural, el recreo, el tiempo libre y los deportes, asegurando el suministro de programas de televisión, películas, material teatral y cultural en formatos accesibles, haciendo accesibles los teatros, los museos, los cines y las bibliotecas, y garantizando que las personas con discapacidad tengan oportunidad de desarrollar y utilizar su capacidad creativa no sólo en su propio beneficio sino también para enriquecimiento de la sociedad. Los países deben garantizar su participación en las actividades deportivas generales y específicas (Artículo 30).

Los países deben proporcionar asistencia para el desarrollo para apoyar los esfuerzos de los países en desarrollo para poner en práctica la convención (Artículo 32).

Con objeto de asegurar la aplicación y la vigilancia de la convención, los países deben designar un centro de coordinación local en el gobierno y crear un mecanismo nacional con ese fin (Artículo 33).

Un Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, compuesto de expertos independientes, recibirá informes periódicos de los Estados Partes sobre las medidas que estos hayan adoptado para cumplir sus obligaciones conforme a la convención (Artículo 34-39).

Un Protocolo Facultativo permite a personas o grupos de personas presentar peticiones al Comité una vez que esos hayan agotado todos los recursos internos disponibles.

Por todo ello, podemos concluir que, sus dispositivos de garantía, protección y amparo están vigentes y ahora corresponde darla a conocer y difundirla, para que las personas con discapacidad, familiares y profesionales tomen conocimiento y conciencia de que cuentan con un nuevo instrumento para la eficacia de los derechos.

EL TRABAJO SOCIAL CONSTRUYENDO CIUDADANÍA (*la intervención social desde la dimensión social*)

El Trabajo Social debe de seguir un modelo de intervención que sirva de guía para desarrollar sus actuaciones. El “modelo en Trabajo Social” es definido, según la literatura especializada, como un conjunto coherente de conceptos y pensamientos (teorías y actitudes) de acciones que dibujan una forma de hacer y ordenar la intervención social.

Tradicionalmente el Trabajo Social ha seguido, y sigue, en muchos casos, el modelo médico como una manera de afrontar la intervención social. A continuación veremos las características del modelo médico diferenciándolas del modelo de Trabajo Social en la intervención social:

Siguiendo a Cristina de Robertis y Henri Pascal (1994), el modelo médico se basa en un *saber teórico* acumulado que se traduce en términos de conocimientos (biología, psicología y patología). Conoce el cuerpo sano, las diferentes funciones y las distintas enfermedades. De estas últimas conoce las causas, las manifestaciones o síntomas y los medios de tratamiento. Estos conocimientos están limitados a lo que la investigación y la práctica médica producen. Este *saber* se articula en torno a la noción de *norma*. La norma en el modelo médico es la frontera que separa la “salud” de la “enfermedad”. La enfermedad es tratada con arreglo a la concepción de lo que es la salud, el cuerpo en buen funcionamiento. El modelo que se desprende de estos conocimientos acumulados y de la utilización de la escisión enfermedad-salud es de orden diverso: en primer lugar se trata de aplicar la norma y el saber a la situación “particular” del paciente. A continuación, se trata de decir de qué sufre la persona, de “diagnosticar su enfermedad”. Después de lo cual, apoyándose siempre en estos conocimientos, se prescribirá un tratamiento al enfermo que tiene como fin curarlo, y por tanto, reconducirlo a la norma. El médico es en esta coyuntura *aquel que sabe*, el que prescribe y el que curará los males que el otro sufre.

Este modelo es cuestionado en la actualidad por ciertos miembros del cuerpo médico que buscan otra relación entre médico y persona enferma: considerar a la persona en el conjunto de sus facetas biológicas, psicológicas y sociales y no solamente la enfermedad que ella sufre.

Siguiendo a De Roberis y Pascal (1994) podemos añadir que el modelo médico en el que se han inspirado los/as trabajadores/as sociales desde hace décadas, implicaba la transposición de las ideas, actitudes y acciones del dominio físico al dominio social. Cogiendo los términos médicos se ha realizado un *diagnóstico social* y *tratamiento social*. Hemos intentado elaborar un saber organizado de las “enfermedades sociales”. Pero además esta transferencia implica posicionarse con respecto al otro. El/la profesional del Trabajo Social se le presupone como aquél que tiene el poder de “curar” al otro. A fuerza de buscar la norma que nos permitiría distinguir al enfermo del sano (al *inadaptado del adaptado, al loco del cuerdo, al marginal de los que no se separan de la norma*) tal vez se ha dejado de ver un aspecto esencial: el movimiento que existe en toda sociedad con sus mecanismos propios, y sus repercusiones sobre los individuos y los grupos que la componen.

El modelo de Trabajo Social en la intervención social se distingue del modelo médico por dos elementos de fondo: primero, el lugar y el poder atribuidos al trabajador/a social, y segundo, la consideración prioritaria de los aspectos positivos y dinámicos de la situación del/a *usuario/a, cliente/a, ciudadano/a*.

La acción del/a trabajador/a social no comienza después del diagnóstico. Su intervención se inicia desde el primer contacto con el usuario/a. La mirada, la acogida, la manera de presentarse, la calidad de la escucha, las preguntas planteadas, modifican ya algo, cambian la imagen que el usuario/a tiene de sí mismo y de su entorno. La intervención social se inicia inmediatamente, sin esperar las etapas de recolección de datos, sin que el profesional haya tenido tiempo de reconocer las personas o las situaciones de manera profunda. El/la trabajador/a social puede llegar un poco como *intruso* en un contexto del que no conoce previamente las circunstancias. Los/as usuarios/as no solamente son los que conocen la situación, también son ellos/as los/as que conocen las soluciones más apropiadas para sus problemas, y las que convienen mejor a sus deseos y proyectos.

La situación del/a trabajador/a social no es, entonces, la de la persona que sabe, que va a aportar remedio, que va a curar. Se ha convertido en aquel que va a descubrir una situación desconocida, que va a examinar esta realidad con los interesados, que va a interpellarlos para encontrar las soluciones más adaptadas y que en el curso de ese proceso va introducir cambios, pero va también a ser él mismo modificado gracias al intercambio y al juego de reciprocidades.

El segundo elemento importante que se distingue de la intervención del modelo médico es la toma en consideración prioritaria de los aspectos positivos y dinámicos de la situación de la persona a la que atendemos. La herencia del modelo médico y psicoterapéutico nos ha condicionado fuertemente a analizar toda la situación social en términos de patología y de enfermedad. Nos hemos vuelto capaces de percibir todo lo que se aleja de las normas sociales admitidas en un lugar y en un tiempo dado.

Esta manera de poner de relieve la “patología social” implica la existencia de una idea de “salud social”, de la vida social que se ha conocido, que no se tiene ya, que se ha perdido, que se añora aún y que se desea reencontrar.

El modelo de intervención social desde el Trabajo Social toma como base de apoyo los elementos positivos y dinámicos existentes, tanto en una intervención con individuos y familias como con unidades de vida social más amplias. En lugar de centrar la acción en los puntos “enfermos” o “desorganizados”, se centra en los cambios en curso, en las modalidades particulares de la comunicación y de relación entre las personas y los grupos, en las potencialidades, en sus dinamismos. Esta voluntad de enfocar lo positivo constituye un cambio radical de aproximarnos en Trabajo Social y necesita de una nueva perspectiva por parte de los/as profesionales.

Este modelo de Trabajo Social preconiza ponerse de entrada en una posición activa y optimista, y arrastrar hacia esta perspectiva a los/as usuarios/as. Se trata de valorar los aspectos positivos, de utilizar un pequeño cambio, por mínimo que sea, como palanca de dinamismos nuevos (De Roberis y Pascal, 1994: 18-22).

El quehacer profesional en la acción-intervención social puede y debe articularse de modo que constituya una verdadera mediación entre las personas y los grupos sociales, las instituciones y la ciudadanía. Esto supone, de un lado, que las prácticas sociales que promuevan participen de una visión holística e integral, asegurando el máximo aprovechamiento posible de las potencialidades inherentes a los sujetos y de los recursos existentes en un determinado medio; y, de otro, que sus realizaciones se inscriban en un proceso donde las personas sean vistas como agentes activos y potenciales y no como pacientes de problemas o receptores de soluciones diseñadas por los/as profesionales.

Los derechos y los deberes que “regulan” los códigos deontológicos, en los que presuponen de compromisos y responsabilidades de los/as profesionales en y con la sociedad, son elementos fundamentales en este proceso, al invocar expresamente a la coherencia de actuar profesionalmente sin vulnerar la dignidad de los implicados, con criterios de libertad, justicia y equidad (Caride Gómez, 2007:298-300).

LOS PRINCIPIOS DEL TRABAJO SOCIAL (*una brújula para el/la profesional*)

Como nos muestran Lázaro Fernández et. al (2007:149-162), en los comienzos de la profesión los valores y la ética del Trabajo Social se resumían en la enumeración de los principios acerca de cómo el/la trabajador/a social debía de tratar a las personas que requerían sus servicios. En la actualidad la intervención se ha diversificado mucho, y como hemos visto, requiere tener en cuenta multitud de puntos de vista y paradigmas ideológicos para una correcta actuación profesional.

No obstante es conveniente tener en cuentas estos principios a la hora de trabajar:

- Reconocer el valor de las personas cualesquiera que sean sus circunstancias, condición, opinión política, creencias, conducta, haciendo lo posible por fomentar en ellas el sentimiento de dignidad y de respeto propio.

- Respetar las diferencias entre los individuos, grupos y comunidades tratando de conciliarlas con el bienestar común.
- Fomentar el propio esfuerzo como medio de desarrollo en las personas, del sentimiento de confianza en sí mismas y su capacidad para afrontar situaciones.
- Promover oportunidades para una vida más satisfactoria en las circunstancias particulares en que se encuentre las personas, los grupos y las comunidades.
- Aceptar el deber profesional de trabajar en pro de la aplicación de medidas sociales, con objeto de brindar a toda persona la posibilidad de hacer mejor uso posible de su medio y de sus propias actitudes.
- Respetar la confidencia de la relación profesional.
- Utilizar la relación profesional para ayudar a los individuos, a los grupos y a las comunidades a alcanzar su libertad y la confianza en sí mismos, y no se tratar de manejarlos para que se adapten a un sistema preestablecido.
- Hacer un uso responsable de la relación profesional con mirar a promover el mayor bien para las personas y para los intereses de la sociedad.

Muy relacionado con los principios del Trabajo Social, encontramos los *principios éticos*. Estos principios intentan ser regulados por los códigos profesionales que orientan de forma estructurada y sistemática aquellos aspectos que se refieren a las relaciones del profesional consigo mismo, con la institución para la que trabaja y con la sociedad. En ellos están contenidos los derechos y los deberes específicos. Suelen incorporar en su articulación dos niveles, por una parte están los valores y los principios generales, con un alto grado de “abstracción” y que sirven para guiar la conducta profesional a grandes trazos, y por otra parte ofrecen un nivel de “concreción” en el que se sitúan las normas y obligaciones que sirven para explicitar lo necesario en cada una de las áreas en las que se desarrolla la acción profesional. Entre los principios generales destacan los siguientes (Lázaro Fernández et. al 2007: 148-153):

1. *Principio de Beneficencia*: La palabra beneficencia se podría traducir como “hacer el bien”. El profesional quiere actuar beneficiosamente buscando obtener determinados bienes para la sociedad a la que pertenece y que son inherentes a su propia actividad. Este principio puede ser considerado como la expresión normativa de la finalidad de la profesión y hace referencia a la intención fundamental de todo/a profesional. A cada profesión le es asignada la búsqueda de ciertos bienes y para conseguirlo cuenta con ciertos medios que son los conocimientos e instrumentos técnicos disponibles para que los/as profesionales puedan alcanzar el fin que se proponen, en su práctica específica. En el Trabajo Social, la actuación profesional ha de beneficiar a las personas a quienes se dirige y al mismo tiempo contribuir a incrementar el bienestar general de la sociedad.
2. *Principio de Autonomía*: Articula los derechos de las personas a tomar decisiones, a no ser considerados como sujetos pasivos que se limitan a aceptar las decisiones tomadas por el/la profesional, sino a ser sujetos, agentes de derecho, ser informados y a que sus puntos de vista sean tenidos en cuenta en la toma de decisiones

que les afectan particularmente. Cuando este principio es respetado se establece una buena relación profesional, seleccionando las estrategias junto con los interesados implicados en el proceso. Se ha de tener en cuenta que para que se pueda tomar una decisión autónoma son necesarias ciertas condiciones: querer, saber y poder.

- La persona debe querer hacer algo, conseguir una cosa, tener una motivación para mejorar sus condiciones de vida.

- La persona ha de contar con la información precisa para llevar a cabo su propósito, conocer varias alternativas para seleccionar la más pertinente y prever las consecuencias si no toma la decisión prevista.

- La persona debe tener la *capacidad* para realizarlo. No basta con saber y querer sino también poder. Son necesarias determinadas habilidades y en adquirirlas los/as trabajadores/as sociales pueden prestar una ayuda decisiva trabajando la autoestima, la motivación y acompañando a la persona para que lleve a cabo la decisión tomada.

Los/as trabajadores/as sociales, en gran medida, son percibidos como meros distribuidores de recursos públicos y con poca relación profesional.

Existe una perspectiva de carácter “general” en la que se articulan las necesidades de las personas con los recursos disponibles. En la gestión de los recursos, el/la trabajador/a social ve limitada sus posibilidades de actuación ya que no es el responsable último (por lo general) de fijar los criterios de su distribución. Se encuentra coartado por las condiciones impuestas por la institución y por las presiones de unos destinatarios que, desde una situación de precariedad, a veces extrema, no pueden entender ni admitir las condiciones impuestas por quienes sustentan el poder político. Todo ello crea un serio conflicto al profesional que conoce de cerca la necesidad que se plantea y pese a ello se ve obligado a recortar o denegar una prestación en virtud de unas directrices administrativas determinadas o por un recorte presupuestario en las partidas destinadas a tal fin.

El/la trabajador/a social sabe que el contexto político e ideológico influyen en la profesión y sabe también que con su ejercicio profesional contribuye “lentamente” a la transformación de la sociedad en su conjunto que es el marco en donde se generan las injusticias contra las que está trabajando desde su implicación profesional.

Una de las señas de identidad de la profesión es, o debería ser, el compromiso con la justicia social, ello supone la lucha por construir una sociedad donde:

- Quepan todas las personas (diseñada para la diversidad),
- Haya igualdad,
- Una distribución equitativa de los recursos,
- Un acceso generalizado a los bienes básicos,
- Disminuyan las desigualdades sociales.

En este sentido, no podrá obviarse que en las profesiones sociales y en las iniciativas que promueven late un decidido afán reivindicativo: cohesionar a personas y sociedades en torno a iniciativas y valores que promuevan una mejora significativa del bienestar co-

lectivo y, por extensión, de todas aquellas circunstancias que posibiliten su participación en la construcción de una ciudadanía más inclusiva, plural y crítica.

De lo que se deduce y espera que el Trabajo Social ha de ser una profesión que debe hacerse *en, con, por y para* la sociedad. En cualquier caso, asumiendo que se trata de una tarea profundamente desafiante y comprometida, exponente de un ejercicio profesional que debe mirar al futuro enfatizando el protagonismo a la ciudadanía y a los principios que sustentan la ética pública y la deontología profesional.

El Trabajo Social no puede limitar la definición de su identidad a los aspectos técnicos e instrumentales, ni tampoco, únicamente relacionando su quehacer con la puesta en práctica de una serie de competencias y destrezas aprendidas durante la formación y práctica profesional. Además se precisa disponer de metas internas, valores, actitudes, principios y comportamientos que son propios del ejercicio de la profesión en su relación con la ciudadanía, especialmente cuando dicho ejercicio se articula en torno a sus derechos a una vida digna y de calidad (Caride Gómez, 2007).

Como trabajadores/as sociales, es el momento de reflexionar sobre el papel que estamos desempeñando y nuestra parte de responsabilidad en la (re)producción de las limitaciones y desconciertos que esta reestructuración del sistema de protección social de la dependencia y la reorganización del cuidado está desencadenando (Fuentes Gutiérrez, Muyor Rodríguez, Galindo Zamora, 2010).

A MODO DE CONCLUSIONES (*haciendo camino al andar*)

En primer lugar, tal y como se ha intentado mostrar, antes de analizar desde el Trabajo Social la discapacidad, es imprescindible partir desde las consideraciones epistemológicas o teóricas. Interrogarnos sobre cómo definimos la discapacidad (representación simbólica) y qué usos prácticos se le dan a ese constructo (representación estructural), nos permite posicionarnos sobre los procesos sociales a través de los cuales se llega (o no) a garantizar los derechos de ciudadanía de las personas con discapacidad.

La discapacidad se establece como un concepto relativo cuyos significados dependen del contexto histórico, social y cultural en el que se estudie. En este sentido hemos visto cómo la discapacidad se ha fundamentado en lo biológico, centrando la atención sobre el individuo y sus *deficiencias*, o en lo social donde la *discapacidad* representa un sistema complejo de restricciones sociales discriminatorias impuestas a este colectivo (Oliver 1990). Bajo estos dos supuestos hemos podido identificar, históricamente, unos modelos teóricos de la discapacidad que han originado diversas maneras de tratar a este colectivo.

La perspectiva social de la discapacidad no ha evolucionado lo suficiente como para orientar las políticas sociales y eliminar las discriminaciones que sigue sufriendo el colectivo. Por tanto, tomando las ideas establecidas en el modelo social, pero conscientes al mismo tiempo de su limitación teórica, Palacios y Romañach, (2006) presentan un modelo algo más avanzado. Se trata del *modelo de la diversidad*, basado en la riqueza de la diversidad y en el concepto de dignidad. El paso más importante que introduce este

nuevo modelo es el cambio del discurso desde el concepto de capacidad (modelo social), al concepto de dignidad como elemento clave para la plena participación y aceptación social, y el uso de la bioética como herramienta fundamental del cambio. Los principios del modelo social coinciden plenamente con este modelo, ya que ambos parten de la idea de que la diversidad funcional (discapacidad) es una cuestión de Derechos Humanos (Láñez, 2009). No obstante creemos oportuno resaltar que si bien el modelo social fundamenta su ideología normativa, en base a la igualdad de oportunidades y la accesibilidad universal, el modelo de la diversidad, partiendo de estos fundamentos, eleva la discriminación por motivos de discapacidad como una cuestión de vulneración de los Derechos Humanos.

Estos modelos, si bien sus orígenes se pueden identificar históricamente, conviven en la actualidad y son usados para orientar las filosofías de las políticas públicas sobre discapacidad. En relación a esto, encontramos el segundo de los planteamientos principales de este trabajo. A través del análisis de las políticas públicas de discapacidad relacionadas con los Servicios Sociales también podemos conocer las formas de responder a las necesidades de este colectivo en un contexto determinado.

La Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2006 puede considerarse como un instrumento de cambio en la visión social y el papel que desempeñan las personas con discapacidad en la actualidad. Este enfoque es importante para el Trabajo Social ya que puede (y debe) orientar los Servicios Sociales y las actuaciones que en ellos se lleven a cabo con este colectivo.

Los/as trabajadores/as sociales tenemos que desarrollar nuestra labor como agentes activos de cambio de la realidad social, teniendo como perspectiva los derechos de ciudadanía. Este planteamiento nos sitúa ante el reto de transformar la mentalidad tradicional (representaciones simbólicas) de la sociedad (en la que se incluyen los propios profesionales e incluso, las familias y personas con discapacidad). Debemos superar la ideología en clave de *guetos* o categorizaciones estancas para pensar en políticas y actuaciones que incluyan la diversidad de la sociedad en la que (con)vivimos (Muyor Rodríguez, 2011c).

Realizar una praxis profesional desde la mirada de los derechos humanos, la dignidad de las personas y los principios de la profesión es un objetivo primordial para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en igualdad que el resto de personas.

En cualquier caso, estas reflexiones no son una propuesta cerrada e imperativa, sino que deseamos acercar a los/as profesionales del Trabajo Social a un (¿nuevo?) modo de intervención basado en derechos y que genere derechos. Un quehacer profesional que actúe contra los factores estructurales que forjan la exclusión social. El Trabajo Social es capaz de destruir, construir e instruir. El reto, hoy, es elegir el papel que queremos desempeñar.

BIBLIOGRAFÍA

- Abberley, P. (2008). El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad. En Barton, L. (Comp.), *Superar las barreras de la discapacidad*. (pp. 34-50). Madrid: Morata.
- Albrecht, G., Seelman, K., & Bury, M. (Eds) (2001). *Handbook of Disability Studies*. London. Sage Publications.
- Barnes, C., Mercer, G. Y Shakespeare, T. (1997). Exploring disability. A sociological introduction. Cambridge, United Kingdom. Polity Press.
- Barton, L. (Comp.) (1998). *Discapacidad y sociedad*. Madrid. Morata/Fundación Paideia.
- Bradley, E. (1995). “The ICIDH: Format, application in different settings and distinction between disability and handicap”. *International Disability Studies*, 9, 122-125.
- Campello García, L. (2007). “La Dependencia en el contexto actual”. En Zabaleta Beraza, Rodríguez González y Muradás López (ed.) *Experto en Atención a la Dependencia*. Santiago de Compostela.
- Caride Gómez, J.A. (2007). “Los profesionales de la acción-intervención social”. En Zabaleta Beraza, Rodríguez González y Muradás López (ed.) *Experto en Atención a la Dependencia*. Santiago de Compostela.
- Corker, M. (1998). *Deaf and disabled or deafness disabled?* Buckingham, UK. Oxford University Press.
- Davis, L.J. (1997). *The disability studies reader*. NewYork. Routledge.
- De Asís Roig, R. y Palacios, A. (2007). *Derechos Humanos y Situaciones de Dependencia*. Madrid: DYKINSON S.L.
- De Asís, R. (2008, Diciembre 10). La convención sobre discapacidad obligará a España a cambiar al menos siete leyes orgánicas. *Servimedia*. Extraído de <http://www.convenciondiscapacidad.es/noticias.html>
- De Robertis, C. y Pascal, H. (1994). *La intervención colectiva en trabajo Social: La acción con grupos y comunidades*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Díaz, E. Jiménez, A. y Huete, A. (2009). Sociología de la discapacidad: ciudadanía, diversidad e igualdad. Fundamentos teóricos y metodológicos. En Verdugo Alonso, M.A. (Coord.) *Mejorando resultados personales para una vida de calidad: VII Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad*. (pp-289-307). Salamanca: Armarú.
- Drake, R.F. (1998). Una crítica del papel de las organizaciones benéficas tradicionales. En Barton, L. (com) *Discapacidad y Sociedad*. Pp. 161-180. Madrid: Morata.
- Fuentes Gutiérrez, V., Muyor Rodríguez, J. y Galindo Romero, Z. (2010). “El Trabajo Social y las nuevas formas de reorganización del cuidado. Una aproximación a propósito de la –ley de Dependencia”. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. 17, pp. 83-102.

Huete, A., Díaz, E. y Jiménez, A. (2009). Discapacidad en contextos de multiexclusión. En Verdugo Alonso, M.A. (Coord.) *Mejorando resultados personales para una vida de calidad: VII Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad*. (pp-271-288). Salamanca: Armarú

Iáñez Domínguez, A. (2009). *Prisioneros del cuerpo. La construcción social de la diversidad funcional*. A Coruña: Diversitas Ediciones.

Imrie, R. (1997). "Rethinking the relationships between disability, rehabilitation and society". *Disability and Rehabilitation*, 19, 263-271.

Laín Entralgo, P. (1961) *Enfermedad y pecado*, Barcelona. Toray

Lázaro Fernández, S., Rubio, E., Juárez, A. Martín, J. y Paniagua, R. (2007). *Aprendiendo la práctica del Trabajo Social*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia.

Maraña, J.J. (2004). *Vida Independiente. Nuevos modelos organizativos*. España. Asociación Iniciativas y estudios sociales.

Marks, D. (1997). "Models of disability". *Disability and Rehabilitation*, 19, 85-91.

Muyor Rodríguez, J. (2009). Envejecimiento y Diversidad Funcional (discapacidad). En Funes Jiménez, Barranco Carrillo, Muyor Rodríguez Y Pérez Morcillo (coords). *El Trabajo Social en la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia con Personas Mayores*. Jaén. España: Colegio Oficial de Diplomados/as en Trabajo Social de Jaén. pp. 108-136.

Muyor Rodríguez, J. (2010). "Entre bioética, biopolítica y ética profesional: Sobre el proceso de discapacidad como constructo y su relación con el Trabajo Social"; En *Revista de Trabajo Social y Salud*. Nº 66, pp 279-314.

Muyor Rodríguez, J. (2010b). "Aproximaciones a la figura del Asistente Personal: Elemento clave para la Vida Independiente y la Promoción de la Autonomía de las personas con diversidad funcional (discapacidad)". *Revista Trabajo Social Difusión*, nº 78, pp. 16-21.

Muyor Rodríguez, J. (2011). "Intervenir en la vida de otros: Trabajo Social, Discapacidad y Derechos Humanos". *Trabajo Social Difusión*, nº 87, pp.17-22.

Muyor Rodríguez, J. (2011b). *Los (¿nuevos?) escenarios del Trabajo Social en la discapacidad: Derechos Humanos, Política Social y Servicios Sociales*. Manuscrito enviado para su publicación.

Muyor Rodríguez, J. (2011c). La práctica profesional del Trabajo Social ante las situaciones de Dependencia. En Muyor Rodríguez, J. y Funes Jiménez, E. *Especialización en Trabajo Social Gerontológico: Políticas, Gestión e Intervención en Autonomía y Dependencia*. Jaén: Colegio Oficial de Diplomados/as en Trabajo Social de Jaén.

Moore, M., Beazley, S. Y Maelzer, J. (1998). *Researching disability issues*. Buckingham. Open University Press.

Naciones Unidas. (2006). *Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad*. Extraído el 18 de Marzo, 2009 de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexts.htm#convtext>

Nóvoa Romay, J.A. (2008). “Reflexión sobre el nuevo trato social para los derechos humanos (asentado sobre la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad)”. Disponible en web: http://www.minusval2000.com/relaciones/vidaindependiente/reflexion_sobre_nuevo_trato_social.html

Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Londres. Macmillan

Oliver, M. (1992). “Changing the social relations of research production”. *Disability, Handicap, and Society*, 7(2), 101-114.

Oliver, M. (1996). *Understanding Disability. From theory to practice*, Palgrave, Malasia.

Oliver, M. (1998). “¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?” En L. Barton (Ed.), *Discapacidad y sociedad*. Madrid. Morata/Fundación Paideia. pp. 34-58.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Madrid: IMSERSO.

Palacios, A. y Romañach. J. (2006). *El Modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramienta para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. España. Ediciones Diversitas-AIES.

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Madrid. CERMI

Pérez Bueno, L. C. (2010). *Discapacidad, Derecho y Políticas de inclusión*. Madrid: CINCA.

Puig De La Bella Casa, R. (1990). Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la Discapacidad. En Casado et al. *Discapacidad e información*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías, pp. 63-96.

Rodríguez Díaz, S. y A.V. Ferreira, M. (2010). “Diversidad funcional: Sobre lo normal y sobre lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad”. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Vol. 28. Nº 1. Pp 151-172.

Rodríguez Díaz, S. y A.V. Ferreira, M. (2010b). “De la dis-capacidad hacia la diversidad funcional. Un ejercicio de dis-normalización”. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*. Vol. 68, nº2. Pp 289-309.

Romañach, J. (2009). *Bioética al otro lado del espejo: la visión de las personas con diversidad funcional y el respeto a los derechos humanos*. Santiago de Compostela. Diversitas Ediciones.

Vidal García, J. (2003). “Introducción”. En Vidal García Alonso, J. (coord.), *El movimiento de Vida Independiente. Experiencias Internacionales*. Madrid. Ed. Fundación Luis Vives. pp. 29-51.

Imágenes



Bases

Objeto
Premiar la producción teórica y la investigación de los/as Trabajadores/as Sociales, y otros profesionales de la acción social a través de una publicación de carácter científico.

Temas
Se establecen dos modalidades:
1. Temática y ámbito del Trabajo Social. El trabajo presentado tendrá que ver sobre el desarrollo teórico del Trabajo Social, desarrollo de modalidades teóricas y metodológicas, epistemológicas fundamentadas y métodos del conocimiento científico del Trabajo Social, análisis de contenidos, reflexiones en torno al logro y desarrollo del trabajo social y experiencias profesionales.
2. Investigación en el ámbito del Trabajo Social. El trabajo presentado debe referirse sobre el desarrollo de investigaciones en el ámbito del Trabajo Social.

Participantes
Pueden participar en el Premio Científico, trabajadores o trabajadoras sociales y equipos multidisciplinarios en los que al menos uno de los miembros deba ser trabajador social.
Los trabajos podrán ser evaluados por comité de revisión anónimo. Participar en este premio implica los artículos recibidos desde el 1 de enero de 2010 hasta la fecha límite de presentación.
Solo podrá ser presentado un artículo por autor/a.
No podrán presentarse trabajos de los miembros del Consejo de Redacción.

Normas de Presentación
Los trabajos han de tener estructura de artículo y ceñirse a lo siguiente:
La presentación se realizará en soporte informático, en Word o en pdf, con una extensión máxima de 1 página y máxima de 30 páginas a doble espacio, por una sola cara. Asimismo, se adjuntará una copia impresa en papel A4.
Los autores y/o autores deberán adjuntar, independientemente de su situación en el artículo, en el momento de su envío, un folio aparte en la misma imprenta:
Los antecedentes y referencias bibliográficas se reflejarán a par de página, enumerados por orden de aparición en el texto.

Se instará la bibliografía consultada en hoja aparte.
El artículo se acompañará de un breve resumen del mismo (extensión máxima 10 palabras) y una relación de palabras clave (máximo 4).
El/los autor/es remitirán soporte en soporte papel, además del artículo, los datos personales que sean de utilidad: nombre y apellidos en mayúsculas, por orden alfabético, dirección y teléfono de contacto, situación laboral, lugar de trabajo, años de experiencia profesional y experiencia, obra o publicaciones y título del artículo. Y adjuntar un escrito donde se declare expresamente su participación en esta convocatoria.
Además, se deberá adjuntar una declaración jurada donde se expone que el artículo es inédito y que se sustrae el consentimiento de no presentarlo a otra convocatoria de premio, siempre que sea posible. Además, los artículos presentados deberán ajustarse a las normas de publicación en la revista Documentos de Trabajo Social y al modo de abstracción de artículos teórico o de investigación. Todos los modos de documento a presentar se encuentran recogidos en el Cuaderno Técnico y pueden ser solicitados en la Secretaría Técnica (info@trabajosocialmalaga.org) o directamente desde

la página web del Colegio www.trabajosocialmalaga.org.
No serán admitidos o conocerán los artículos que no aporten toda la documentación especificada en su correspondiente formulario.

Dotación
La Dotsa, Diputación Provincial de Málaga, a través de la Delegación de Derechos Sociales, la Junta de Andalucía, a través de la Delegación Provincial de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, y la Universidad de Málaga, a través de la Facultad de Estudios Sociales del Trabajo, patrocinan el Premio Científico en las modalidades de:
Investigación en el ámbito del Trabajo Social, con una dotación económica de 2.000 euros.
Temática y ámbito del Trabajo Social, con una dotación económica de 2.000 euros.
El IV Premio Científico 2011, se dicta entre el Colegio Profesional de Trabajo Social con las tres administraciones citadas, Diputación Provincial, Delegación de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social y la Universidad de Málaga.

Plazo
Fecha límite de presentación: 14 de febrero de 2011.
Lugar
El trabajo se ha de presentar en el Registro de entrada de la Secretaría del Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga, C/ Monje de Puerta Nueva, s/n, 1º C, 29003 Málaga. Se podrá enviar también por correo certificado, teniendo en cuenta que la fecha de salida se va a posterior a la fecha límite para la presentación de los artículos.
Igualmente podrá ser utilizado el correo electrónico colegio@trabajosocialmalaga.org con la imprescindible verificación por parte del/la remitente de la recepción del mismo y el posterior envío del artículo en soporte papel.
Plazo
15 de noviembre de 2011.

Finalidad
Los trabajos que sean de interés se difundirán a través de la revista DTS, y en otros casos el/los autores recibirán a posteriori los derechos de autor, mediante el Colegio la explotación total del artículo. Aquellos que no se publiquen podrán recogerse en el plazo de tres meses después de la resolución.

Jurado o valoración
El Consejo de Redacción valorará todos los artículos que cumplan los requisitos de la convocatoria de manera determinante, en base a criterios de calidad científica, puesto que el jurado, en sus atribuciones, considerará según pueda concuinar también en el Comité Científico el uso de los valores y puntuación, resultado de un proceso de valoración que será el resultado de esta IV convocatoria del Premio Científico DTS. En el caso de empate los artículos ganadores representarán la cantidad del Premio. El premio podrá quedar desierto.
Se constituirá un jurado para cada una de las modalidades, designado por el Colegio entre el/los autores. Ambos jurados estarán formados por un Comité Científico compuesto por los trabajadores o trabajadoras sociales, según la redacción de la revista DTS y la estructura orgánica del Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga. Serán designados atendiendo a una trayectoria profesional contrastada para el Trabajo Social en los ámbitos estatal, autonómico y local. Los miembros de los jurados valorarán de forma individual cada uno de los trabajos, no pudiendo comunicarse entre sí.



Cartel XV Premio Científico. Año 2011



Entrega XIV Premio Científico. Año 2011



Entrega XIII Premio Científico. Año 2011

XII Convocatoria del Premio Científico

BASES XII CONVOCATORIA PREMIO CIENTÍFICO DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

Objeto

Promover la producción teórica de los/as Trabajadores/as Sociales y otros profesionales de la acción social a través de una publicación de carácter científico.

Tema

El trabajo presentado puede versar sobre el desarrollo teórico del Trabajo Social Decarado de carácter teórico y metodológico, así como los fundamentos y métodos del conocimiento científico del Trabajo Social, así como documentales, relacionados con el objeto y desarrollo del trabajo social, especialmente de investigaciones y experiencias prácticas.

Participación

Los trabajos podrán ser realizados por uno o varios/as autores/as. Participación en esta convocatoria solo se admitirá aquellos de los/as Colegios de 2007 hasta la fecha límite de presentación. Solo podrá ser presentado un artículo por autor/a.

Normas de Presentación

Los trabajos han de tener estructura de artículo y cubrirse en la siguiente forma: presentación, introducción, desarrollo teórico-metodológico, desarrollo de la investigación y conclusiones. El artículo debe tener una extensión máxima de 7 páginas y mínimo de 20 palabras o párrafos, por una sola cara. Asimismo, se adjuntará un copy impresa en papel DIN A4.

Los resúmenes y gráficos deberán adjuntarse, independientemente de su ubicación en el artículo, en un fichero aparte, y en la misma carpeta en la que se presente.

Las conclusiones y referencias bibliográficas se redactarán en pie de página, numeradas por orden de aparición en el texto.

Se indicará la bibliografía consultada en la bibliografía.

El artículo se incorporará de un único resumen del mismo, redactado en el mismo idioma y con extensión de palabras como máximo de 100 palabras.

El/los autores/as deberán firmar el artículo, indicando nombre y apellidos, así como dirección postal, indicando el artículo, la fecha presentada, lugar de trabajo, oficina de correo electrónico y teléfono, para poder contactar y/o para ser citado en el artículo.

Además, los artículos presentados deberán ajustarse a las normas de publicación en esta revista (Documento de Trabajo Social) y a las normas de estructura de artículo teórico o de investigación.

Todos los modelos de documentos a presentar y/o consultar podrán ser solicitados en la Secretaría Técnica (tdts@trabajosocialmalaga.org) o descargados desde la página web del Colegio (www.trabajosocialmalaga.org). No serán admitidos o concursos los artículos que no cumplan toda la documentación especificada y/o complete los requisitos establecidos.

Dotación

El Premio Científico se dotará, gracias al Convenio firmado entre el Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga y la Excmo. Diputación Provincial de Málaga, de una cuantía de 1.805 euros.

Fecha

Fecha límite de presentación: 14:00 h. de 20 de septiembre de 2007.

Lugar

El trabajo se ha de presentar en el Registro de entrada de la Secretaría del Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social de Málaga, C/ Muro de Puerta Nueva, 9 1º C 29005 Málaga. Se podrá enviar también por correo certificado, teniendo en cuenta que la fecha de salida no sea posterior a la fecha límite para la presentación de los artículos. Igualmente podrá ser utilizado el correo electrónico colegio.official@trabajosocialmalaga.org en el que la imprescindible verificación por parte de los/as autores/as de la recepción del mismo y el posterior envío del artículo en soporte papel.

Fecha

10 de Octubre de 2007.

Destino

Los trabajos que sean de interés se difundirán a través de la revista, y en estos casos el/los autor/es renunciará/n a posibles derechos de autor, cediendo de cualquier manera el copyright de la publicación sobre el artículo. Aquellos que no se publiquen podrán recogerse en el plazo de tres meses después de la resolución.

Jurado o valoración

El jurado estará formado por un Comité Científico compuesto por tres personas, agenas a la redacción de la revista DTS, nombradas por el Colegio a este efecto, con una trayectoria profesional representativa para el Trabajo Social en los ámbitos nacional, autonómico y local. El Consejo de Redacción valorará todos los artículos que cumplan los requisitos de la convocatoria determinando cuales, en base a criterios de calidad científica, pueden optar al concurso. Los artículos considerados aptos para concursar serán enviados al Comité Científico el cual los valorará y puntuará, resultando el de mayor puntuación ganador del concurso de este XI concurso del Premio Científico DTS. En caso de empate los artículos ganadores corresponderá la decisión del Premio. El premio podrá quedar desierto.

XIª Convocatoria del Premio Científico



Documentos de Trabajo Social

DTS

Revista de Trabajo Social y Acción Social

Todos los modelos de documentos a presentar y/o consultar podrán ser solicitados en la Secretaría Técnica (tdts@trabajosocialmalaga.org) o descargados desde la página web del Colegio (www.trabajosocialmalaga.org). No serán admitidos a concurso los artículos que no aporten toda la documentación especificada y/o no cumplan los requisitos establecidos.

Dotación:

El IX Premio Científico se dotará, gracias al Convenio firmado entre el Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga y la Excmo. Diputación Provincial de Málaga, de una cuantía de 1.805 euros.

Plazo:

Fecha límite de presentación: 14:00 h. del 5 de septiembre de 2007.

Lugar:

El trabajo se ha de presentar en el Registro de entrada de la Secretaría del Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social de Málaga, C/ Muro de Puerta Nueva, 9 1º C 29005 Málaga. Se podrá enviar también por correo certificado, teniendo en cuenta que la fecha de salida no sea posterior a la fecha límite para la presentación de los artículos. Igualmente podrá ser utilizado el correo electrónico colegio.official@trabajosocialmalaga.org en la que la imprescindible verificación por parte de la remiteante de la recepción del mismo y el posterior envío del artículo en soporte papel.

Fallo: Octubre de 2007.

Difusión:

Los trabajos que sean de interés se difundirán a través de la revista, y en estos casos el/los autor/es renunciará/n a posibles derechos de autor, cediendo al Colegio la explotación total del artículo. Aquellos que no se publiquen podrán recogerse en el plazo de tres meses después de la resolución.

Jurado o valoración:

El jurado estará formado por un Comité Científico compuesto por tres personas, agenas a la redacción de la revista DTS, nombradas por el Colegio a este efecto, con una trayectoria profesional representativa para el Trabajo Social en los ámbitos nacional, autonómico y local. El Consejo de Redacción valorará todos los artículos que cumplan los requisitos de la convocatoria determinando cuales, en base a criterios de calidad científica, pueden optar al concurso. Los artículos considerados aptos para concursar serán enviados al Comité Científico el cual los valorará y puntuará, resultando el de mayor puntuación ganador del concurso de esta XI convocatoria del Premio Científico DTS. En caso de empate los artículos ganadores compartirán la cuantía del Premio. El premio podrá quedar desierto.

Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social de Málaga
C/ Muro de Puerta Nueva, 9 1º C - 29005 Málaga
Telf.: 952 22 71 60 - Fax: 952 22 74 31
www.trabajosocialmalaga.org



Cartel XII Premio Científico. Año 2008

Cartel XI Premio Científico. Año 2007



Entrega XII Premio Científico. Año 2008



Entrega XI Premio Científico. Año 2007



Entrega X Premio Científico. Año 2006



Entrega IX Premio Científico. Año 2005



Entrega VIII Premio Científico. Año 2004



Entrega VII Premio Científico. Año 2003



VI CONVOCATORIA DEL PREMIO CIENTÍFICO DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL



Cartel VII Premio Científico. Año 2002

Documentos de Trabajo Social

DTS

Revista de Trabajo Social y Acción Social

V CONVOCATORIA DEL PREMIO CIENTÍFICO DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

Bases:

Objeto: Promover la producción científica de los investigadores sociales e impulsar una publicación de carácter científico.

Temas: El trabajo presentado puede versar sobre el desarrollo teórico del D.T.S. Documental, los estudios teóricos y metodológicos, epistemología, fundamentos e historia, así como sobre el desarrollo de la práctica social, técnicas, procedimientos, reflexiones de campo y desarrollo del trabajo social.

Participación: Los trabajos (2000) son recibidos por todo el mundo. Asimismo, se aceptan trabajos de autores extranjeros que envíen el original y una copia en español a la Dirección de Trabajo Social y Acción Social de la Universidad de Murcia. No se aceptan presentaciones de trabajos de autores que no sean socios de la Asociación de Trabajadores de la Universidad de Murcia.

Fecha de presentación: 16.05 A. del 29 de Septiembre de 2001

Normas de Presentación: Los trabajos han de ser redactados en español y dirigidos a la Dirección de Trabajo Social y Acción Social de la Universidad de Murcia. Deben ser enviados en tres ejemplares: uno original y dos copias. Los ejemplares deben ser enviados en un sobre cerrado con el nombre del autor y el título del trabajo. Los ejemplares deben ser enviados en un sobre cerrado con el nombre del autor y el título del trabajo. Los ejemplares deben ser enviados en un sobre cerrado con el nombre del autor y el título del trabajo.

Origen: Consejo de Universidades de Trabajo Social de Murcia

IMPRESIÓN: EDICIÓN, DIFUSIÓN, PRODUCCIÓN DE OBRAS

Tel: 952 82 71 00 Fax: 952 82 74 31 e-mail: matgob@ugr.edu.es

Cartel V Premio Científico. Año 2001



Entrega VI Premio Científico. Año 2002



Entrega V Premio Científico. Año 2001



Cartel IV Premio Científico. Año 2000



Entrega IV Premio Científico. Año 2000

Montero Díaz, TERCER PREMIO CIENTÍFICO DTS

Redacción MÁLAGA

El trabajador social José Carlos Montero Díaz ha sido distinguido con el Tercer Premio Científico DTS otorgado por el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga. "La historia de Rubén: experiencia de un programa de prevención de las drogodependencias en el medio escolar" es el título del artículo que le ha valido este galardón.

El pasado 21 de octubre, la vocal de publicaciones del Colegio de Málaga, Charo Rodríguez, entregó el Tercer Premio Científico DTS a Montero Díaz en la sede del mismo. La trabajadora social del Centro de Servicios Sociales de Málaga Rosa Hernández, quien junto a la trabajadora social Dolores Colom y la profesora titular de la Escuela Universitaria de

Trabajo Social de Granada Rosario Conde había ejercido como jurado del III Premio Científico, estuvo también presente en el acto de entrega como representante de dicho jurado constituido para fallar la distinción que otorga la revista DTS.

Quince trabajos concurren en esta ocasión al premio; se trata de los artículos publicados en los números 13, 14 y 15, aparecidos durante el año pasado. Entre todos, el jurado se decantó por el documento de este profesional de la Asociación Cívica para la Prevención de Málaga. Según explicó el propio Montero Díaz durante el acto de entrega -al que además asistió el presidente del Colegio de Málaga, Miguel Aguilár, su trabajo defendiendo la búsqueda de una intervención transformadora, en este caso en el ámbito de las drogodependencias.



José Carlos Montero Díaz
III Premio TSD

Publicación TSDifusión nº 18. Entrega III Premio Científico. Año 1998

EL II PREMIO CIENTÍFICO DTS SE ENTREGA CONJUNTAMENTE A DOS TRABAJADORAS SOCIALES DURANTE EL DÍA DEL COLEGIADO EN MÁLAGA

REDACCIÓN MÁLAGA

El pasado jueves 10 de diciembre la revista Documentos de Trabajo Social -editada por el Colegio Oficial de Málaga- concedió el II Premio Científico DTS. En esta segunda edición, dos profesionales compartieron el galardón: Carlota Sedeño y Cándida Acero. El Comité Científico que ejerció de jurado para designar a los premiados estaba formado por Carmen Alemán, catedrática de Servicios Sociales de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad de Granada, M^o Luis Fuentes, coordinadora de la revista Servicios Sociales y Política Social y Resurrección Hernández, directora del Servicio Provincial de la Mujer en Málaga. Esta última fue, además, la encargada de entregar la distinción a Carlota Sedeño (cuestiones laborales) e impidieron a Cándida Acero recoger su premio en mano) de quien destacó no sólo el contenido de su artículo premiado, sino la forma accesible con la que transmitió ese conocimiento.

La trabajadora social Carlota Sedeño desempeña su labor profesional en el Área de Información y Orientación del Centro Base de Minusválidos de Málaga. Su artículo, "Rehabilitación Integral desde la perspectiva de la Administración Pública, que apareció en el número 11 de DTS, le ha valido esta distinción que comparte con Cándida Acero, también trabajadora social. Cándida Acero ejerce como docente en Madrid y publicó El Trabajo Social con Enfermos Terminales en el número 12 de esta revista profesional, ensayo por el que se le ha otorgado el II Premio Científico DTS.



nuevos colegas que se han inscrito en el mismo. La coincidencia con la conmemoración del 50 aniversario de la proclamación

universal de los derechos humanos llevó a Miguel Aguilár, presidente del Colegio de Málaga, a exhortar a estos

nuevos profesionales a defenderlos: "las derechos fundamentales son los que dan respuesta a los servicios sociales", manifestó. Paralelamente, se enumeraron los principios éticos básicos de los



trabajadores sociales como acto simbólico de aceptación de éstos por parte de los nuevos colegiados, a quienes se les entregó una insignia del Colegio y distintas ejemplares de las revistas que se editan desde el mismo. Este es el quinto año consecutivo en el que se celebra el Día del Colegiado, cuyo principal objetivo es el encuentro entre los profesionales más veteranos y los nuevos.

Publicación TSDifusión nº 13. Entrega II Premio Científico. Año 1997

PRIMER PREMIO CIENTÍFICO

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

«PREMIOS CIENTÍFICOS D.T.S.» al mejor artículo y la mejor monografía.

Los premios consistirán en una dotación económica para cada una de las modalidades. Se otorgarán con periodicidad anual, por tanto los trabajos galardonados se seleccionarán de entre los tres números publicados en el año.

El período vigente para concursar en la primera edición será el año 1.996 y los números 7, 8 y 9. Serán considerados por el jurado todos los trabajos publicados en los números mencionados.

Proximamente se publicará el reglamento del concurso. Los requisitos que se exigirán en todo caso a los trabajos que participen son los referidos a la Normas de Publicación de D.T.S., que están publicadas en cada una de las ediciones de la revista.

Publicación TSDifusión nº 0. Bases I Premio Científico.
Año 1996



Ganadores I Premio Científico. Año 1996

ENTREGA DEL PRIMER PREMIO CIENTÍFICO DE LA REVISTA DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

REDACCIÓN MÁLAGA

El pasado día 29 de julio tuvo lugar el acto de entrega del Primer Premio Científico convocado por la Revista Documentos de Trabajo Social. En esta primera convocatoria participaron los artículos publicados en los números 7, 8 y 9, correspondientes al año 1996. Los ganadores de esta primera edición han sido: el abogado José Enrique Medina, el psicólogo Joaquín Villa y la trabajadora social Beatriz Montegudé. El comité científico, que ha ejercido de jurado en la valoración de los artículos, estaba formado por: José Ramón Calleja, Miguel Mirónja, Francisca Merchán

Beatriz Montegudé y Joaquín Villa, miembros del proyecto Orzuel de Jaca, han sido premiados por su artículo sobre el programa de sexualidad juvenil Éros, que abordaba la experiencia desarrollada en esta ciudad oscense hace dos años en el campo de la educación sexual a través de la radio.

Beatriz Montegudé, en su propio nombre y en representación de su compañera Joaquín Villa, recogió la distinción de manos de la vicesra de publicaciones e información del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga, César Rodríguez. El acto, al que asistieron numerosos profesionales entre los que se encontraba Miguel Aguilar, presidente del Colegio, se celebró en la sede de esta institución profesional malagueña.

La malagueña Beatriz Montegudé es trabajadora social y desarrolla su actividad en Jaca, al igual que Joaquín Villa, quien es psicólogo y maestro. El proyecto Orzuel donde ambos trabajan, reúne a un grupo específico de profesionales de Jaca relacionados con la Educación para la Salud; está subvencionado por la Diputación General de Aragón.

Por su parte, el otro ganador de la primera edición del Premio Científico Documentos de Trabajo Social, el abogado malagueño José Enrique Medina, es profesor de Derecho Administrativo de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Málaga y ha obtenido esta distinción por su artículo titulado "Pena, trabajo y desigualdad al final del milenio".

La revista profesional Documentos de Trabajo Social se caracteriza el rigor científico de los artículos relacionados con el mundo de la acción social, que publica. Es editada por el Colegio de Málaga y, desde que nació hace cuatro años, ha extendido su difusión no sólo al territorio nacional, sino también a algún país extranjero, como Panamá.

Publicación TSDifusión nº 11. Entrega I Premio Científico. Año 1996



**Colegio Profesional
de Trabajo Social
de Málaga**



M
málaga.es diputación

