

# Índice

---

<b>Editorial</b> .....	5
<b>Algunas ponencias presentadas en el Seminario sobre Reinserción Social de Transeúntes y Colectivos sin Techo</b>	
■ Reflexiones sobre crisis, pobreza y exclusión social para la lucha contra la pobreza, por <i>Víctor Renes</i> .....	7
■ La estrategia comunitaria en la inserción, por <i>Esperanza Linares</i> .....	23
■ Constataciones y propuestas .....	29
<b>Ayuda a domicilio: conceptualización, análisis y propuestas, por <i>María Patrocinio Las Heras Pinilla</i> y <i>César Vital Blanco Pérez</i></b> .....	31
<b>Algunas comunicaciones presentadas en las V Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural</b>	
■ Elementos de reflexión para la planificación de políticas sociales en el Medio Rural: el papel del Trabajador Social, por <i>José Manuel del Barrio Aliste</i> .....	59
■ Servicios Sociales en el Medio Rural deprimido: un modelo de acción comunitaria, por <i>M. José Martínez Sansó</i> y <i>José Vicente Pérez Cosín</i> .....	69
<b>El reo, el pueblo y la justicia. Reflexiones a partir de Concepción Arenal, por <i>María José Lacalzada de Mateo</i></b> .....	73
<b>Prevención de drogodependencia y acontecimientos vitales, por <i>Fernando Mansilla Izquierdo</i></b> .....	87
<b>Trabajo Social con familias como base del autodesarrollo de la Comunidad, por <i>Marcelo Sánchez Sánchez</i></b> .....	97
<b>Necesidades de los enfermos psiquiátricos, en el área residencial. Apuntes sobre posibles intervenciones, por <i>M.ª Victoria Astrain Azparren</i>, <i>Gloria Bes Sevil</i>, <i>Gloria Elgorriaga Aranaz</i> y <i>M.ª Jesús Erice Aristu</i></b> .....	101
<b>Seminarios - Cursos - Jornadas</b> .....	119
<b>Libros</b> .....	121

# **REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL**

## **TÍTULOS PUBLICADOS EN DISTRIBUCIÓN**

### **1988**

- N.º 9: DOSSIER MENORES (agotado)**
- N.º 10: MUNICIPIO Y S. SOCIALES (agotado)**
- N.º 11-12: DOSSIER MINUSVALÍAS**

### **1989**

- N.º 13: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (agotado)**
- N.º 14: TERCERA EDAD (agotado)**
- N.º 15: SALARIO SOCIAL**
- N.º 16: TRABAJO SOCIAL Y JUSTICIA**

### **1990**

- N.º 17: TRABAJO SOCIAL Y EMPRESA**
- N.º 18: TRABAJO SOCIAL Y FAMILIA**
- N.º 19: SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL**
- N.º 20: TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA. SITUACIÓN  
Y PERSPECTIVAS**

### **1991**

- N.º 21: LAS NECESIDADES SOCIALES**
- N.º 22: ÁREAS DE BIENESTAR SOCIAL Y ACCIONES INTEGRADAS**
- N.º 23: ARTÍCULOS SUELTOS**
- N.º 24: ARTÍCULOS SUELTOS**

### **1992**

- N.º 25: LA SUPERVISIÓN**
- N.º 26: V JORNADAS DE SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL**
- N.º 27: APORTACIONES PROFESIONALES LIBRES AL  
VII CONGRESO ESTATAL**
- N.º 28: LA INMIGRACIÓN**

### **1993**

- N.º 29: ARTÍCULOS SUELTOS**

## **DE PRÓXIMA APARICIÓN**

- N.º 30: EVALUACIÓN**

# Editorial

---

**A**rtículos de temas diversos conforman el primer número de los correspondientes a este año 1993, temas que, como el relativo a la comparación de los modelos europeos en la puesta en práctica de la prestación de la ayuda a domicilio, o los dedicados a la pobreza y colectivo de los llamados «sin techo», creemos pueden ayudarnos a reflexionar sobre la actividad que diariamente ejercemos como profesionales en «primera línea», tal y como rezaba el lema de nuestro VII Congreso Estatal.

Respecto a la gestión de las suscripciones de la revista, como ya habéis tenido conocimiento, a través de las informaciones recibidas desde el Consejo General, a partir de ahora va a ser llevada a cabo por el personal del propio Consejo, esperando solventar con esta medida el déficit de financiación de la misma y con la pretensión de hacer un seguimiento más personalizado y continuado de cada suscriptor.

Os rogamos, desde estas líneas, sepáis disculpar las posibles deficiencias que este cambio pueda originar en sus comienzos.

En otro orden de cosas, también quisiéramos dejar constancia de nuestro agradecimiento a la hasta ahora coordinadora de la revista, Mirela Bárcena, por el esfuerzo y dedicación realizado durante los dos años que ha estado al frente de la misma y que, debido a su dimisión como vocal de la Junta de Gobierno del Consejo, abandona las tareas de coordinación de nuestra publicación.



---

*Durante los días 19, 20 y 21 de mayo de 1993 se celebró en Plasencia (Cáceres) el seminario italo-español sobre Reinserción Social de Transeúntes y Colectivos sin Techo, organizado por Cáritas Española en colaboración con Cáritas Diocesana de Plasencia y la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura.*

*Por su indudable interés, reproducimos a continuación dos de las ponencias que se expusieron en el seminario, así como las constataciones finales y propuestas.*

VÍCTOR RENES,  
*Sociólogo*

## REFLEXIONES SOBRE CRISIS, POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL PARA LA LUCHA CONTRA LA POBREZA

### **Pobreza y crecimiento económico: una nueva relación**

Quando se trata de la pobreza, es habitual comenzar haciendo una descripción de los colectivos, de los grupos que se suelen denominar pobres. Sin embargo, esto puede relegar a segundo orden qué es lo que está ocurriendo en esos grupos. Y es ese qué lo que encierra lo «nuevo» en la pobreza, cuya comprensión hace necesario plantear la relación entre crisis socioeconómica y pobreza.

La crisis ha roto el proyecto de sociedad que se estableció después de la segunda gran guerra como un pacto para lo que se consideró como el proyecto de una sociedad de bienestar. Este proyecto se sustentaba en un equilibrio entre crecimiento y reparto, el primero como condición del segundo, y éste

en la medida de aquél. En los años de expansión de este modelo de crecimiento, la pobreza era entendida como «desajustes» no deseados, debidos al aún escaso crecimiento, que había que corregir para que todos participaran de los beneficios del mismo. La extensión del bienestar acabaría solventándolos, hasta conseguir incluir a todos en el tren del desarrollo, aunque fuera en «el vagón de cola».

Su funcionalidad, por tanto, era doble. Por una parte generaba protección, y por otra era un mecanismo de inserción social. Aunque fuese por la vía del aprendizaje, existía la posibilidad de poder insertarse socialmente y tener un papel, aunque fuera un papel dependiente, subordinado, en los estratos sociales inferiores. Simultáneamente aseguraba —protegía—

---

cualquier situación o circunstancia, aunque con una protección débil en muchos casos.

En este período de crecimiento, los pobres se encontraban, fundamentalmente, entre los no-productivos y entre los que, probablemente, no lo podían ser (jubilados, minusválidos, minorías étnicas, desarraigados y mendigos, etc.). Se descartaba la pobreza en los trabajadores, a pesar de que seguía existiendo entre ellos. Ciertamente se daban situaciones que sufrían déficits de inserción, pues se trataba de grupos recién llegados al desarrollo, como eran una serie de situaciones debidas, por ejemplo, a emigraciones campo-ciudad, barrios periféricos, chabolas, trabajadores sin cualificación, etc., y que se iban transformando progresivamente, en la medida en que el propio desarrollo iba absorbiendo su propia integración; o bien se trataba de grupos con una protección social tan baja que quedaban colocados «al margen»; o de grupos cuya actividad económica era «marginal», o no cotizaban, pero que progresivamente eran absorbidos al irse generalizando la propia Seguridad Social y al irse «normalizando» los mecanismos de protección social.

En definitiva, la cuestión había dejado de ser la pobreza, y pasaba a ser la ayuda —psicológica o material— a la persona «marginada» para facilitar su integración en los circuitos del intercambio y el consumo. Esto eliminaría la pobreza, cuya existencia se atribuía a algún tipo de retraso (idea de la constelación del «subdesarrollo»), que se trataba de hacer desaparecer, fuese un retraso educativo, o del paso a la adaptación campo-ciudad, o de sistemas culturales diferentes.

Pues bien, la crisis y, especialmente, la gestión de la misma en los ochenta, hace inviable esta comprensión de la pobreza. No se trata sólo de la posibilidad/imposibilidad de que todos puedan participar de los beneficios del crecimiento. La crisis ha supuesto, en primer lugar, una «ruptura» del pacto-equilibrio que mantenía tal crecimiento. Pero, en segundo lugar, y más importante, está cuestionando los elementos que contenían y

paliaban la desigualdad estructural, los denominados sistemas del bienestar y sus mecanismos de distribución y redistribución: la crisis llega al empleo, a la protección social, a las garantías y seguridad generadas desde el compromiso social del Estado, al gasto social y a la fiscalidad, a la ampliación de los bienes de uso colectivo, al acceso a los mismos desde un giro que se orienta al acceso individual desde la capacidad individual, etc.

## **Los procesos de empobrecimiento en nuestras sociedades**

Las nuevas situaciones derivadas de la crisis se han sumado a una pobreza preexistente, al tiempo que han impactado en ella no sólo cuantitativamente, sino cualitativamente. Pero no han sido los únicos factores que se han sumado a la pobreza, pues los cambios económicos se han producido en un contexto de cambios de otro orden, especialmente de tipo demográfico y social; se trata del envejecimiento de nuestras sociedades, pero también de la caída de la fertilidad y de nuevas pautas de comportamiento familiar, juntamente con los cuestionamientos de la protección social derivados de los factores demográficos y sociales y de la propia crisis socioeconómica.

Tales procesos tienen la doble vertiente de procesos socioeconómicos configuradores de la estructura social, y de procesos de erosión de las condiciones de integración social y, por ello, de generación de sociedad excluyente o de generación de pobreza, pues son los procesos de la estructura económica, social y política, los que enmarcan los procesos de erosión; es decir, los procesos de empobrecimiento<sup>1</sup>.

1. Los cambios económicos han supuesto grandes reajustes de reconversiones de actividad, de espacios, de tecnologías, etc.

Lo que ha supuesto la pérdida o inaccesibilidad a actividades económicas legítimas

---

en las que las poblaciones débiles puedan insertarse, siendo la accesibilidad un elemento determinante de su proceso de empobrecimiento, incluso de «marginalización» no sólo de personas y/o de grupos sociales, sino también de desvalorización de los espacios en que se insertan, o en los que están ubicados.

2. Los cambios en el mercado laboral han supuesto la dualización y la precarización de la relación laboral, bien por desempleo, por inseguridad en el mismo, por el funcionamiento del mercado secundario de trabajo, o por la pérdida en su remuneración.

Lo que, además de la indefensión ante el desempleo, la imposibilidad de acceso a la protección social o la acumulación de carencias materiales, ha incidido en el proceso de empobrecimiento por la cronificación en estas situaciones, en el paro de larga duración, y en la aparición de las condiciones del «desempleo oculto».

3. Las lagunas que estos y otros cambios sociales y demográficos han manifestado en los sistemas de seguridad y protección social, y que se articulan con la contención del gasto social junto al crecimiento de poblaciones demandantes (pensiones, desempleo, etc.) y, en especial, la falta de recursos para estrategias de integración.

Lo que da como resultado la existencia de segmentos poblacionales que no tienen cobertura protectora, o con una protección cuya intensidad protectora sigue siendo débil, junto con el crecimiento del asistencialismo en personas con alguna capacidad laboral, que no es el menor condicionante para la existencia de un segmento de personas «inempleables».

4. Los cambios debidos a pautas sociales de comportamiento en la estructura familiar, como la incorporación de la mujer al trabajo, las relaciones en la pareja; pero también otros cambios como la desinstitucionalización en un contexto en el que, por la contención del gasto social, no está acompañado de servicios, y se produce un

reenvío de los desinstitucionalizados a la familia sin los apoyos sociales y comunitarios suficientes.

Lo que supone un proceso de riesgo para los grupos sociales más débiles dadas sus dificultades para hacer frente a estos procesos. Pues es la estructura familiar la que más ha aportado a la contención de los procesos de empobrecimiento. Por lo que sus quiebras, y los déficits de servicios y recursos que a ella afectan, contribuyen a constituir en procesos de empobrecimiento lo que en otros contextos no devienen como tales.

### Efectos de estos procesos

Los efectos de los cambios económicos, las nuevas tecnologías que acompañan a los cambios en el trabajo, la crisis de la protección social, la flexibilidad exigida por el «mercado», los cambios en algunas pautas culturales y sociales, etc., están impulsando formas sociales fraccionadas, precarizadas, que están llevando a una dualización social, en la que los grupos débiles, sustituibles, cronifican las desigualdades. Los menos hábiles, los que no cuentan con los medios para capacitarse para las nuevas tecnologías, son relegados a una situación de paro intermitente y alimentan las bolsas de pobreza que llegan a hacerse endémicas. De tal manera, que las formas de pobreza vinculadas a la crisis del trabajo llegan a escapar a los parámetros teóricos de la sociología, para asumir el contorno definitivo y personalizado de situaciones de exclusión: desempleados, sin oficio, subempleados, «enfurecidos», y hasta desesperados. Cada vez emergen más dramáticamente del sustrato social, los excluidos o los frustrados del «banco de trabajo», con características de permanencia, según señalan las estadísticas.

Lo crítico en esta situación no es tanto la decisión no de extender el gasto social, los bienes sociales, con ser una cuestión fundamental; sino el hecho de que el propio modelo de crecimiento genera la expulsión de los

---

derechos sociales de nuevos sectores, como hecho constituyente del propio crecimiento. Esto, evidentemente, no se puede obviar con una mayor o menor extensión de la necesaria «protección» social.

Con ello estamos haciendo referencia, por ejemplo, a los fenómenos de contención de salarios, y a las nuevas formas de empleo; a la precarización de la protección por el paro, el desempleo y el subempleo; a las pensiones no contributivas; y a cómo se «alivia» algo la pobreza severa, en función de desactivar su peligrosidad social, por ejemplo con las rentas mínimas; pero la pobreza y la desigualdad se mantienen en sus grandes cotas.

¿Cómo entender, si no es así, la exclusión de muchos sectores jóvenes, y de mayores de 45 años, del empleo? ¿O el de la mujer, especialmente cuando queda convertida en cabeza de familia, por la enorme dificultad de acceder a un empleo y/o a una protección suficiente? ¿O el de los fracasos escolares, formativos, etc., de los jóvenes? ¿O el de los «usos» de grupos sociales y barrios para «tráficos» que generan grandes flujos económicos? ¿O el de zonas rurales que pierden la función y el sentido junto con el abandono de sus propias fuentes de riqueza? ¿O el de los inmigrantes económicos extranjeros, y otras minorías étnicas? Porque los diversos fenómenos de precarización del empleo, y de la protección, de fragmentación social, de actividades «sumergidas», y las diversas manifestaciones de «dualización» de la sociedad no son ni más ni menos que el exponente de las medidas declaradas como necesarias para «salir de la crisis».

Así pues, los fenómenos que apuntan a las condiciones de la pobreza no pueden considerarse como simples «desajustes» a una nueva realidad del crecimiento, de la tecnología, etc. Son, más que desajustes, «reveladores» (como el líquido fotográfico que revela las partes oscuras de la fotografía social). ¿Y qué revelan? Pues que nos encontramos con unas situaciones sociales que no sólo han sido «expulsadas» porque son mar-

ginales a la dinámica de expansión del nuevo crecimiento, sino que, y más importante, son parte del afrontamiento de la crisis; son formas-instrumentos de recuperación de ganancias, beneficios, y son consideradas como medidas imperativas y objetivo de actuaciones necesarias.

## **La exclusión como contenido formal de la pobreza**

En esta situación, la pobreza se nos revela como incapacidad social, de hecho, para el ejercicio de los derechos económicos y sociales básicos. Tal incapacitación nos indica la perspectiva en que se sitúa la pobreza hoy, que podemos resumir como exclusión —conscientes del riesgo de toda simplificación—. Esta es la perspectiva adecuada para comprender el «giro» y el cambio operado en la pobreza.

La pobreza en las sociedades de menor desarrollo económico ha ido ligada a la idea de «escasez», que por otra parte remitía a una situación de sociedad con carencias importantes de desarrollo, de infraestructuras, de producción, etc. Y en los medios rurales aparecía además como desarrollo diferencial con lo urbano, en tanto lo urbano era considerado símbolo de «superación» de la escasez. Desde este «humus» se fue vinculando la idea de pobreza a la de «carencia», de tal forma que de lo que se trataba era de desarrollar la sociedad, pues así se entendía que al generalizarse el desarrollo, se eliminaría la pobreza.

Sin embargo, hoy la pobreza no está vinculada a la idea de «escasez» como imagen de subdesarrollo, sino al tipo de crecimiento, al tipo de desarrollo. Es decir, la fenomenología que podemos detectar en las situaciones de pobreza, desde la consideración de la pobreza como fenómeno social sujeto a los diversos procesos de reestructuración (económicos, empleo, formación, espacios y territorios, demográficos, pautas sociales, familiares y culturales, de protección...), va haciendo que las



---

situaciones de pobreza se conformen como situaciones de exclusión social. Por ello la exclusión se constituye en elemento común formal de los diversos tipos de grupos y colectivos sociales pobres.

No se trata de negar que la pobreza comporta, de hecho y realmente, carencias. Lo que interesa señalar es que la carencia es debida a la incapacidad o incapacitación de relación con una sociedad que de por sí dispone de medios sobrados para satisfacer tales carencias. Es decir, los fenómenos de precarización del empleo, los «fracasos» de la formación, la falta de perspectivas del medio sociolaboral, del mundo rural, de los barrios urbanos precarios, las situaciones sociofamiliares para las que la protección social no garantiza el mantenimiento de la integración social, o todo ello según diversos niveles y combinaciones, hace que origine un grupo de población que va quedando *al margen*, cuya realidad más profunda es la «exclusión social».

Hoy debemos buscar las interrelaciones y asociaciones que el paro, la exclusión laboral, las crisis de sentido, de integración, las carencias personales y colectivas, etc., crean en las personas, en los grupos humanos. Cada situación-pobreza «expresa» o «manifiesta» los problemas básicos de la propia crisis, porque esas situaciones son «catalizadores» que hacen aparecer los elementos que conforman la crisis del modelo social, cuyo efecto es que los problemas sociales, y en concreto la pobreza-exclusión, revelan la presencia de diversos elementos. La perspectiva en que debemos situarnos es la de quien da un corte en horizontal a la problemática social y detecta en cada situación la presencia de elementos de diverso tipo, siendo configurada por la interrelación de todos ellos.

Se ha creado un nuevo «humus», pues la asociación entre tales fenómenos crea un nuevo caldo de cultivo, y modifica los contextos, los procesos y los elementos condicionantes de la pobreza y la exclusión social. La

precariedad en el trabajo, el paro no subvencionado, los trabajos marginales, la incultura y el fracaso escolar, las bajas cualificaciones profesionales, la enfermedad y las discapacidades, como características y contextos de la población pobre sujeta a diversos procesos y reestructuraciones, provocan nuevas formas de pobreza:

- No se da la misma situación cuando se dan procesos de paro, que cuando no existen; cuando son persistentes o sólo fricciones; cuando hay salidas ocupacionales o de trabajo, aunque sean en actividades económicas «poco regularizadas» pero no ilegales, que cuando ni siquiera éstas son posibles, o se está atrapado en las redes de «tráficos no legalizables», cuando hay algunas posibilidades de vivienda, que cuando a lo más existe la vivienda marginal como alternativa, o simplemente no existe alternativa.
- Ni es lo mismo cuando estos contextos están vinculados a situaciones específicas de exclusión, como la étnica o de raza; o de «rechazo» como la prostitución, «delincuencias» de pobres y fracasados, toxicomanías de grupos empobrecidos, ex-carcelados; o de situaciones personales y familiares desestructuradas, no protegidas, etc.; o de fracasos formativos, laborales...
- Ni cuando las carencias, incluidas las de recursos económicos, vienen por la escasez y, por ello, una vez resueltas no producen otro desajuste; que cuando la carencia viene desde la «impotencia» que supone la cuasi imposibilidad de normalizar la propia vía de ingresos.
- O cuando el medio social, el propio hábitat, está infradotado y tiene escasez de recursos, pero puede entrar en un proceso de reivindicación; que cuando está degradado aunque no esté infradotado, pues viene a ser parte del propio círculo vicioso de la reproducción de la exclusión.
- Ni se da la misma situación cuando se observan nuevas interconexiones, desde la crisis que la misma pobreza es y significa,

---

con fenómenos como los «tráficos» ilegales; la oferta de estimulantes y de dependencias; la agresividad de la «calle»; la desocupación de un tiempo «muerto y matador» que no libre, y la «cultura de la calle» que no del ocio; el «poco sentido» de un mundo rural abandonado por unos y sin salida para otros; o el «aparcamiento» urbano de los otrora necesitados para el desarrollo.

No se trata tanto de una operación de yuxtaposición (la pobreza de siempre más la de hoy), cuanto de una operación de reinterpretación: la pobreza de siempre según la transformación operada por la presencia de fenómenos «nuevos» y por la asociación de estos fenómenos con la pobreza tradicional (escasos recursos, condiciones de vida...). Esto plantea cuestiones de fondo y no sólo de ajuste.

Desde esta conciencia, es urgente detectar:

- Cómo inciden los efectos de la crisis en los ya clásicos sectores de pobreza: ancianos, gitanos, inmigrantes, barrios marginales, etc.
- Cómo se están transformando sectores tradicionales: transeúntes marginados, reclusos, exreclusos; inmigrantes extranjeros, etc.
- Cómo se están «creando» nuevos sectores: parados, especialmente de larga duración, fundamentalmente jóvenes, mujeres y personas maduras; grupos de jóvenes con fracaso y absentismo escolar; personas aisladas en los cascos antiguos de las ciudades; grandes núcleos en las periferias urbanas; familias monoparentales; madres solteras con diversas carencias; parejas jóvenes, especialmente con cargas familiares y que no disponen de empleo o de vivienda; núcleos de trabajadores inmigrantes que llegaron tarde al desarrollo, etc.

Cómo, en definitiva, no nos sirven estas divisiones, pues al recorrer los efectos de la crisis todo el tejido social, encontramos interrelacionados e interdependientes los diversos fenómenos excluyentes.

Todo ello, junto con las peculiaridades de los colectivos sociales, hace que estemos en

presencia de una pobreza típica-característica de nuestras sociedades, cuya realidad más de base está en las carencias que derivan de la exclusión en un contexto de abundancia que permite subsistir, pero sin integración social.

Por ello, «comprender» esta pobreza supone afrontar la «exclusión» como componente esencial de la «ruptura» social, de la que la pobreza es «síntoma».

### **De la exclusión a la impotencia y la desmotivación: la desocialización radical**

Todo ello nos indica que hay que saber cómo se vertebra la relación de procesos estructurales de empobrecimiento y respuestas subjetivas, y cómo esa relación se produce como una unidad-en-la-experiencia de los sujetos insertos en los mismos. Pero superando las tentaciones reductivistas de simplificar la comprensión de la pobreza a los procesos estructurales, o a los comportamientos subjetivos.

Cuando se analiza cuáles son los factores generadores de pobreza, podemos quedar reducidos a los factores de la propia población; y entonces aparecen:

- Las características sociales de la población pobre: estudios, formación, actividad, salud, sexo, etnia o minoría, fundamentalmente.
- La conciencia de impotencia y desmotivación con que se asumen estas características ante la pérdida de roles y de identidad que supone la propia situación.

Cierto que estos factores «generan» un crecimiento de la pobreza, entendida en intensidad de la misma, desde la que retroalimentan su situación y suponen un elemento generador también en extensión, al crear un círculo vicioso hacia sus nuevos miembros.

Pero, evidentemente, esto no implica un crecimiento automático de la pobreza, pues no se da de forma aislada, sino en interconexión con los otros elementos de los procesos

---

de empobrecimiento. Por ello no significa que desde estos factores la población afectada por la pobreza necesariamente deba crecer, sino que *tales factores tienen la capacidad estructural de hacerlo*, y actúan como catalizadores de la pobreza, cuando esta población se ve inmersa en los procesos de fragilización social.

Por ello, cuando planteamos lo que podemos denominar «factores generadores», debemos plantear algo más allá de la simple suma de factores objetivos y factores subjetivos. Lo que supone introducirnos en un debate sociológico de dimensiones que ahora nos superan<sup>2</sup>.

Por tanto, deben tenerse en cuenta todos estos niveles, interrelaciones y círculos viciosos si queremos abordar la pobreza y la exclusión no como hechos aislados, sino en toda la complejidad de su acontecer y, por ello, desde el concepto de «proceso de empobrecimiento» que hemos utilizado. Y no es que se trate de un proceso más, sino de la dimensión humana inserta en tales procesos; o sea, de que la relación de procesos estructurales de empobrecimiento y respuestas subjetivas se produce como una unidad en la experiencia de los sujetos insertos en los mismos.

Es decir, la población situada en los diversos grados de pobreza y exclusión, tiene unas determinadas características que afectan a su nivel de estudios, de formación para el empleo, del tipo de empleos en que se inserta, de salud, de etnia, de hábitat, etc. Pues bien, a las dificultades que estas características originan para esta población, hay que añadir la exigencia de competitividad, de estatus, de utilización de medios que están fuera de su alcance, etc., que en la sociedad moderna es constitutiva de la propia identidad psicosocial de las personas y de los grupos humanos.

Esto supone, en primer lugar, que los fenómenos de exclusión, corresponden a procesos sociales, no a elecciones individuales. Es decir, determinadas estructuras sociales (mercado

de trabajo, vivienda, Seguridad Social, enseñanza, formación, estructuras familiares,...) implican un proceso de fragilización de ciertos sujetos (personas, familias, grupos).

Pero, en segundo lugar, se debe considerar el fenómeno de la exclusión más como una condición que como un simple suceso de carácter personal, pues normalmente tiene lugar en el marco de un proceso de marginalización más importante (en los «sin techo» esto implica no sólo la incapacidad financiera o de alojarse según las pautas «normalizadas», sino sobre todo una incapacidad de participar y disfrutar de la calidad de vida y de las posibilidades de las que se beneficia el resto de la sociedad).

Por tanto, es necesario mirar más allá de la superficie y examinar la condición personal, familiar y social del individuo, pues los procesos de fragilización inducidos por los procesos de empobrecimiento no sólo suponen un factor añadido a sus dificultades tradicionales, sino que afectan al propio componente humano. Así, vemos que a la pérdida (o la inaccesibilidad) de actividades económicas legítimas en las que las poblaciones socialmente débiles pueden insertarse, estamos asistiendo a la pérdida correlativa de roles sociales y de identidad cultural de las personas y de los grupos concernidos en los procesos de empobrecimiento.

Y puesto que estas situaciones llegan hasta la pérdida o no de accesibilidad a la posibilidad o capacidad de utilizar los recursos sociales para su inserción o reinserción, acaba produciéndose su impotencia y su desmotivación para salir de la exclusión social. Es decir, en los casos de desocialización más marcada, se llega a la desocialización radical; o sea, a la pérdida o la no accesibilidad de la posibilidad o de la capacidad de residenciarse y/o el recurso más o menos inducido a actividades de «supervivencia» ilegítimas y/o ilegales.

Como resultado, podemos decir que *el espacio de la exclusión (tipificado por los procesos estructurales), deviene espacio de la*

---

«marginalización» cuando combina la cronificación en los procesos de empobrecimiento, con el componente humano de impotencia y desmotivación.

Por ello es importantísimo «reconocer» las diversas situaciones y los diversos tipos de personas y de grupos pobres y excluidos<sup>3</sup>:

- No es lo mismo las situaciones en las que se da una capacidad en las personas de utilizar recursos adecuados, pues una presencia de este tipo de recursos es susceptible de evitar o de bloquear los procesos de marginalización;
- que cuando se da una situación de exclusión cierta en un nivel en que, dadas determinadas condiciones (edad, salud, formación, capacidades personales, voluntad,...), se puede realizar un proceso para su reinserción a la vida social;
- que cuando nos encontramos con personas que, dada su historia y su condición psicosocial actual, no piden más que una ayuda bajo la forma de protección, y para las cuales casi sólo se puede perseguir como objetivo su readaptación a la vida de grupo.

## **Pobreza, exclusión e incorporación social: nuevos desafíos en la acción frente a la pobreza**

### ***Una obligada precisión de conceptos para una acción adecuada***

Los procesos que están recorriendo la pobreza en las sociedades occidentales, nos han puesto en la perspectiva de la «exclusión» social como el elemento que mejor puede expresar la «lógica social» que en ellos encontramos. Es decir, surgen inevitablemente las preguntas sobre cómo tales procesos de empobrecimiento han ido conformando la pobreza, qué niveles podemos detectar, etc.<sup>4</sup>

Un primer nivel lo constituye la exclusión de la «seguridad» en el empleo, los ingresos,

la educación y la formación, la protección, la vivienda, etc., a través de los mecanismos de precarización que impone la reconversión económica para mantener la competitividad. Como efecto de estos procesos, una parte de la población precarizada, acaba encontrándose en la denominada *pobreza moderada o precarización social*.

El segundo nivel lo constituyen los más débiles de los precarizados, que pasan de la pobreza moderada o precarización social, a la *pobreza severa* y acaban *excluidos*.

Las familias con ingresos mínimos, que están situadas en la *pobreza severa*, de hecho experimentan una serie de carencias básicas, o de *mínimo sociovital*, tales como insuficiente alimentación, vivienda deficiente cuando no inhumana, precario cuidado de la salud, ínfimo acceso a la educación y la cultura, intensa conflictividad familiar, marginación social y, en muchas ocasiones, conductas asociadas a consumos de droga, «delincuencias», etc. Es decir, un claro proceso de *exclusión social*.

Las familias que se encuentran entre el mínimo sociovital y el umbral de la pobreza, es decir en *pobreza moderada*, tienen algunas de esas carencias, aunque no de un modo tan extremo.

Así pues, más allá de que la relación pobreza-sociedad esté atravesada por unos factores y de procesos estructurales que podemos denominar «mecanismos de exclusión»; más allá de que en las sociedades occidentales de hoy la pobreza sea mejor entendida como una «relación de exclusión» que como «carencia económica» como en otros momentos incluso de reciente pasado; más allá de estas relevancias, no conviene confundir las situaciones de exclusión social, que siempre van acompañadas de pobreza severa —o absoluta—, con los grados de pobreza que denominamos pobreza moderada o precarización social.

Esto, que en sí mismo es una precisión de conceptos, nos puede permitir no sólo comprender mejor la realidad social de la pobre-

---

za, sino también, y mucho más importante, nos permitirá poder establecer estrategias adecuadas frente a ella.

### ***La incorporación social como elemento nuclear***

La pobreza moderada es causa y efecto de la desigualdad social y exige necesariamente una política de redistribución social, no sólo económica. Sin embargo, la exclusión social, como fenómeno acompañado de pobreza severa —o absoluta—, además de la redistribución social y económica, exige políticas intensas de inserción o integración social.

Es decir, no será suficiente establecer como problema y como objetivo, tratar de evitar la sociedad dual; o sea, una sociedad escindida entre los ciudadanos con ingresos y empleos fijos y estables, y los ciudadanos precarizados en situación de pobreza moderada; sino que habrá que considerar como tarea específica la de incorporar a los excluidos.

Pero al llegar a este punto se hace necesario añadir algún breve comentario sobre la cuestión de la marginación, ya que de hecho se dan situaciones de exclusión que no son hijas de la pobreza, pues no están unidas a la penuria, ni a los procesos de precarización. Son situaciones en que la exclusión va acompañada de procesos de inadaptación que produce un alejamiento de las normas sociales propias del ambiente en que vive cada individuo, violando con ello las expectativas institucionalizadas por la sociedad.

La marginación responde, precisamente, a los procesos de inadaptación y, por ello, se entra en la misma lentamente y por caminos diversos. Unas veces puede ser por un proceso de «autodestrucción» personal; otras veces es transferida a los hijos como cultura y socialización que se asume desde la infancia. Por ello, y aunque en sí misma la inadaptación no siempre tiene origen en una penuria que acaba en pobreza severa, el riesgo es real y suele ser el camino más frecuentemente recorrido.

Si ahora consideramos la inadaptación social desde la pobreza, observamos que la exclusión fruto de los actuales procesos de precarización y, por ello, que en su arranque no viene unida a inadaptación social, puede producirse en unas secuencias más aceleradas. La reconversión económica, la expulsión del trabajo, la pérdida de la protección social, etc., «deja fuera» y «excluye» a unos grupos que no cuentan con recursos sociales, económicos y culturales suficientes para hacer frente a su exclusión.

Ahora bien, una permanencia y una «estabilización» en estas situaciones de exclusión les acaba convirtiendo en hijos de la penuria y acaba produciendo un proceso de inadaptación, que igualmente acaba siendo el recorrido casi obligado; con el resultado de marginación.

De ahí que plantear la integración suponga un objetivo común para la inadaptación y para la exclusión, aunque uno y otro huieran recorrido procesos distintos. Como resultado final tenemos que, puesto que se trata de situaciones de exclusión acompañadas de inadaptación social, no sólo hay que cambiar la estructura y el funcionamiento de lo económico y de lo social, como si sólo se tratara de situaciones de exclusión (del empleo, de la formación, de la protección social,...) pero sin inadaptación. En necesario también un proceso de aumento de la autonomía personal, de superación de la dependencia, y un logro de habilidades sociales individuales.

### **Procesos, políticas y estrategias ante la pobreza como exclusión en una sociedad dual**

Hoy los resultados de los procesos de empobrecimiento están consolidando situaciones de exclusión que unen pobreza severa o inadaptación social, pues las características de tales procesos llevan en su seno la necesidad *estructural* de la exclusión; o sea, que se están articulando con una forma de ser

---

social que les está estabilizando en nuestras sociedades.

Por ello son necesarias políticas y estrategias que articulen fuertemente los procesos de desarrollo personal con los referidos a las condiciones socioestructurales; y ello como dos aspectos de una única realidad, que deben realizarse de una forma integrada a nivel de las poblaciones.

### **Los procesos de autodependencia**

Sabemos que las relaciones de dependencia se imbrican y refuerzan entre sí, de modo que no pueden considerarse aisladamente los diversos ámbitos de dependencia, pues la fuerza de cada uno de ellos radica en el refuerzo que recibe de los demás. Por otra parte, sabemos que los sistemas sociales tienen la capacidad de producir su estructura u organización dentro de ciertos límites y bajo determinadas condiciones, al igual que los procesos naturales tienen éxito a la hora de gestionar un organismo social por medio de la autoorganización.

Por ello, es necesario reafirmar la autodependencia personal sobre la base de los propios recursos y de un esfuerzo endógeno, para poder articular una cooperación armónica en orden a la promoción de sus derechos que rompa los riesgos de subsidiación y de protección sin integración. Es así, que los procesos personales y los procesos estructurales están interconectados, al igual que lo están los procesos locales y los procesos globales.

Así pues, sólo la estructuración de las intervenciones sociales sobre un esfuerzo endógeno pueden consolidar procesos de decrecimiento de los factores generadores de pobreza, en tanto son requisitos esenciales para rehacer el *habitus* (Bourdieu) que conforma la pobreza.

En consecuencia, la generación de autodependencia, a través del protagonismo real de las personas en los distintos espacios y ámbitos, se constituye en un catalizador esencial que posibilitará impulsar procesos de

desarrollo, promoción y/o crecimiento personal de la población de pobreza, con efectos sinérgicos en la satisfacción de sus propias necesidades. Y, por ello, en contrarrestar significativamente la «generación» de pobreza que deviene de los factores generadores.

### **La construcción de una sociedad accesible**

Una política de redistribución de los bienes sociales (y en tanto tales, los económicos), puede conducir a un decrecimiento de la población pobre: con suficiente inversión sostenida durante un tiempo necesario, con una generación de condiciones adecuadas de educación, formación y empleo, puede conducir a una mayor generación de condiciones de integración, por las que una población puede salir de la pobreza.

Pero la presencia de procesos que conjugan exclusión con inadaptación, exige que las políticas de redistribución deban ser gestionadas desde estrategias adecuadas.

Es lógico que a partir de ahí surjan las consecuentes preguntas, y sus parejas dudas, de por dónde pasa todo el grave problema de la inserción social. Porque la cuestión no es ya la simple generalización de la protección social, dado que la sola protección social no puede resolver la cuestión de la autonomía de los sujetos, ni su participación como sujetos activos de la sociedad. Por tanto, mientras no se aborden las condiciones sociales de la inserción, queda el problema de la exclusión sin resolver.

Es decir, no se trata de una simple aplicación de unas medidas sociales unidas a las medidas de ayuda económica, sino de «articular» uno y otro aspecto. Puesto que la protección económica y asistencial ya no resuelve el déficit de inserción, es necesaria *una nueva estrategia* de acción frente a la pobreza. Y ésta connota los esfuerzos para construir una sociedad que sea capaz de incorporar a todos sus miembros. Por tanto, se trata de que las medidas de la lucha contra la pobre-

---

za vayan acompañadas de ofertas educativas y formativas, de nuevas alternativas, a las que tengan acceso todos los colectivos, pobres y excluidos.

En síntesis<sup>5</sup>, la construcción de una sociedad que sea capaz de incorporar a sus miembros pobres y excluidos vincula toda medida social a tres tipos de estrategias:

- 1ª. *Estrategias laborales* que desarrollen el derecho al trabajo tendente a facilitar la participación en la construcción social.
- 2ª. *Estrategias ocupacionales* que constituyen una forma de trabajo humano desvinculado de la producción y no necesariamente unido a la remuneración directa.
- 3ª. *Estrategias rehabilitadoras* orientadas a potenciar la autonomía e independencia personal.

Por tanto, el acceso a la sociedad, o sea, la inserción social, demanda la inserción económica, que sin perder la necesaria reivindicación de posibilidades de inserción en una estructura económica normal, exige igualmente la creación o el relanzamiento de actividades económicas alrededor de recursos locales, no explotados, los desarrollos cooperativos, la «economía social», además de las ocupaciones socialmente útiles.

Ello implica que no hay que entender el trabajo sólo como el trabajo estrictamente productivo, sino también las tareas de formación y de ocupaciones socialmente útiles aunque estén fuera del mercado; entre la ocupación y el trabajo hay un continuo que se promueve mutuamente. Y, por otra parte, son necesarios los esfuerzos en otros aspectos complementarios, como la escolarización, la formación y la integración asistencial.

Es decir, será un reto obligado unir los procesos de autonomía personal frente a la inadaptación, a una auténtica integración en el empleo y, complementariamente, una integración en la educación y la formación, en la vivienda, en el barrio, ciudad, pueblo, en la comunidad; en suma, un proceso de socialización engarzado con una estrategia que po-

demos denominar de «*construcción de una sociedad accesible*».

En resumen, sin estrategias de desarrollo social, se revelan imposibles los procesos de autodependencia y, por ende, se revela inalcanzable una sociedad no escindida y reconciliada. Mas aún es necesaria la articulación de la dimensión personal del desarrollo con su dimensión social. O dicho de otra forma, los procesos de autodependencia no son sólo personales, sino también sociales.

En el ámbito personal, la autodependencia estimula la identidad propia, la capacidad creativa, la autoconfianza, y demanda mayores espacios de libertad. En el plano social, la autodependencia refuerza la capacidad para subsistir, la protección frente a las variables exógenas, la identidad cultural y la conquista de mayores espacios de libertad colectiva. La necesaria combinación de ambos obliga a revisar la dicomotía entre lo social y lo económico que figura en el dintel de entrada a nuestra sociedad, y a plantear la estrategia de acción como un desarrollo a escala humana.

### **Algunas notas sobre los países del sur en relación al colectivo de los sin techo**

Apenas hemos hecho referencia a ningún colectivo concreto dentro de nuestro análisis. Sin embargo, parece ser este el momento en que ya disponemos del utillaje suficiente como para poder indicar algunas reflexiones sobre el colectivo de los «sin techo».

1º. Nuestro punto de partida es el mismo que el de Thomas Specht-Kittler: «La diferencia entre los países del norte y del sur de la Comunidad no es de índole cualitativa. Los problemas son fundamentalmente los mismos. No necesitamos ninguna teoría específica, política social ni de vivienda particular. Lo que necesitan los países del sur, son recursos más importantes para luchar contra una mayor pobreza». (Cfr. las Conclusiones y Recomendaciones del Seminario de Lisboa

---

sobre «Los sin techo en los países del sur», realizado por Feantsa, pág. 91.)

El fenómeno de los «sin techo» no puede ser reducido a una mera falta de vivienda. Se enmarca en una problemática más amplia de exclusión social. Es decir, debe enmarcarse en una perspectiva dinámica, pues constituye el punto final de un proceso de marginación y exclusión, de alguna manera su última fase. Dicho proceso está balizado por etapas sucesivas de ruptura, con respecto al sistema educativo, al mercado de trabajo, al entorno familiar y social, al sistema de protección social, por citar los factores más importantes (*Ibid.*, pág. 5).

Más allá de la terminología, esto nos indica que no se trata ya de un fenómeno similar al del tradicional «mendigo» (que sigue existiendo, por supuesto, pero sin representar ya a la mayoría de los sin techo tal y como los conocemos en la actualidad), ni a la imagen propuesta al público por los medios de comunicación (aspecto, ropas, objetos). Ni tampoco la simple pérdida de la «casa», como parece sugerir la expresión «sin techo». Pues cuando a una condición de dificultad social que puede ser muy diversa, se agregan otras marginaciones a través de distintas etapas de un proceso, de un *recorrido de marginación*, se llega a la pérdida de algo que no es puramente un techo, sino más bien «un hogar» (en el mismo sentido de la expresión inglesa *Homelessness* —«*home*») (*Ibid.*, pág. 66).

La emergencia de una precariedad y de una inestabilidad socioeconómica, el problema que se hace crónico, la falta o insuficiencia de cualquier intervención exterior, y el carácter definitivo de la ruptura subsecuente, son las etapas del recorrido hacia la desocialización radical, típica de este colectivo de personas (*Ibid.*, pág. 66). Así pues, es un grupo que manifiesta el resultado extremo de los procesos de empobrecimiento típicos de la situación actual de la pobreza, y más en concreto, es el símbolo más patente del pro-

ceso de desocialización radical que hemos reseñado en el epígrafe anterior.

2º. Desde este punto de partida, y a título de sugerencia sobre algunos aspectos referidos a los países del sur, parece oportuno hacer algunas consideraciones sobre cómo ha cambiado la propia composición de este colectivo de acuerdo con las transformaciones ocurridas en nuestras sociedades.

En nuestro país, durante la etapa del desarrollo del Estado de Bienestar —antes de la crisis de los años setenta y, en particular, de los ochenta—, este colectivo tenía una composición fundamentalmente vinculada a las pobrezaas tradicionales —mendicidad, vagabundos—, que más recuerdan a las pobrezaas de sociedades ruralizadas y todavía no industrializadas. Aún el componente de alojamiento —vivienda o techo— no era especialmente significativo, a pesar de la enorme problemática de vivienda que se presentaba en una sociedad que produjo una enorme migración campo-ciudad, con grandes núcleos chabolistas. Pero eran núcleos muy integrados en las etapas del desarrollo industrial y del crecimiento económico, así como con una fuerte inculturación en sus propias raíces, y en su propia estructura familiar. Lo que significaba un proceso de signo totalmente contrario al de la desocialización. Por lo que era más distintivo en este colectivo su carácter de «trasegante» y «carrilano» que el de «sin techo». Quizá por ello, les hemos denominado preferentemente «transeúntes marginados».

Por otra parte, los núcleos chabolistas habitados por poblaciones más marginales a la dinámica social, eran núcleos con una gran inculturación, pues se trataba fundamentalmente de minoría étnicas; en particular gitanos a quienes el cambio industrial «obligaba» a residenciarse, y otros que denominamos «quincalleros», «mercheros»... Sus propias raíces étnico-culturales, que les situaba de una forma periférica a la sociedad industrial, significaba un elemento de intensa socialización y enraizamiento, que evitaba su proceso de



---

desocialización radical, típico de los «transeúntes». Incluso aún en su propia movilidad geográfica, lo que se movilizaba era todo su bagaje étnico —cultural y sus raíces—. Por lo que no entraban en el circuito de la marginación de nuestro colectivo.

Ciertamente, el insuficiente desarrollo de los Servicios Sociales durante esa etapa, la insuficiencia del Estado de Bienestar y su práctica inasistencia al colectivo transeúnte, suponía un elemento añadido que facilitó «la ruta», pues no eran atendidos desde el concepto de prevención, ni de incorporación social, de promoción social, etc., sino desde la ayuda a la subsistencia, desde el sistema de beneficencia gestionado por los municipios. Lo que produjo un colectivo «no residenciado», siendo ésta la otra cara de la característica del transeuntismo.

Durante esta etapa, las características típicas de los países del sur habrá que buscarlas más que en la índole cualitativa de los problemas, en su relación con el tipo de respuestas que se les daba:

- En primer lugar la no residenciación y el trasiego, frente a una menor movilidad y una domiciliación de los países centro europeos (de ahí que mientras aquí contemplamos a este colectivo como «transeúnte», en los países centro y noreuropeos se empieza a plantear el problema de los «sin techo») tiene relación no tanto con la búsqueda de empleos o la búsqueda de otras formas de supervivencia, sino con la oferta de servicio que se basa en gran medida en la atención puntual, parcial y temporal. Lo que, en nuestro país, junto a las propias condiciones climáticas, favorece la estacionalidad del transeuntismo, frente a la radicación en el territorio, elemento básico para prevenir la «rueda», pararla y/o intentar recuperarla.
- La consideración asistencial de los servicios consolida su propia dinámica asistencial, pues no se integran ni en los sistemas ni en los derechos de los servicios del bienestar; es decir, sus prestaciones no pue-

den alcanzar la incorporación, ni la normalización social.

- La descoordinación entre los mismos, la consideración de servicios desde el sistema de beneficencia, conforman una red desestructurada. Y estructuran la posibilidad de que los sujetos puedan circular de unos a otros, cuya falta de interrelación, junto con el tipo de servicio asistencial, constituye la red de supervivencia que los sujetos utilizan, al tiempo que les consolidan como elementos de la propia red.

Así pues, más que una diferencia del colectivo en relación a las dinámicas sociales y económicas, se produce una diferencia en relación a las políticas y al tipo de recursos que se utilizan. Sumado todo ello a la menor disposición de medios para hacerles frente.

3º. Este colectivo se ha modificado profundamente a partir de la década de los ochenta, por la incidencia de los procesos a los que estamos haciendo referencia en estas reflexiones. Veamos algunos de sus aspectos.

En primer lugar, podría cuestionarse que se trate de un único colectivo sin más. Al menos habrá que destacar diversos elementos que se encuentran en el origen de su inclusión en el colectivo de los sin techo. Y ello, evidentemente, debido a los procesos a través de los que han entrado en el desarraigo y en la desocialización que caracteriza a los sin techo. Por ejemplo, la desinstitucionalización ha producido la inclusión en el mismo de sujetos con problemas psiquiátricos, pues cuando se combinan rupturas o abandonos familiares por esta causa junto con deficiencia de servicios, se acaban en las redes de los sin techo, aunque sus características de origen no tuvieran que ver con las de este colectivo.

Pero también podríamos citar a parados, o a «grupos ex» (cárcel, droga, etc.), o a inmigrantes extranjeros, que acaban utilizando las redes de los sin techo. O a familias expulsadas de sus hogares por su endeudamiento que les conduce a la pérdida de sus vivien-

---

das. Por supuesto, junto a las formas más clásicas de la mendicidad y vagabundeo de sujetos tradicionalmente desarraigados.

La composición de este inicialmente heterogéneo grupo, no viene dada ya únicamente desde determinadas características de desajuste personal y/o familiar como entrada al círculo del desarraigo (del trabajo, del entorno, del grupo). Se entra también desde situaciones que no provienen del desarraigo, sino de situaciones en las que los recursos personales y/o familiares no son suficientes para hacer frente a las nuevas situaciones del empleo, de la distribución de bienes clásicos (por ejemplo la vivienda), de la protección social, de la inadecuación y de la insuficiencia de los Servicios Sociales.

Pero, en segundo lugar, en los países del sur, al menos, nos seguimos encontrando con graves deficiencias en relación a las políticas y a los recursos. Y no en el mismo sentido, necesariamente, que en la etapa anterior. Pues, más allá de la pervivencia de determinadas prácticas asistencialistas, se ha dado un gran cambio en relación a la puesta al día de servicios que previenen la rueda, o que procuran la promoción y la incorporación a la sociedad. Asimismo, se están realizando intensos esfuerzos de coordinación. Pero aún convendría señalar varias lagunas:

– Quizá la más importante sea la consideración de la red de centros como una única red. No sólo que no esté en un excelente estado de coordinación, sino que no se puede aceptar que lo que más unifica a este heterogéneo colectivo de los sin techo, sea que todos ellos pueden utilizar, y utilizan, los mismos recursos sociales. Esto muestra una gran deficiencia de recursos y una enorme necesidad de inversión en recursos y en imaginación social para implementar recursos adecuados, al tiempo que recursos en red no desde su uniformidad, sino desde su diversidad. Habrá que cuestionarse si la desocialización radical que acaba afectando a todos los componentes de este colectivo, no está siendo «conse-

guida» desde estas causas. Por tanto, la situación no se caracteriza sólo porque la red sea insuficiente y/o sin suficiente orden y coordinación; sino, tanto como por ello, por ser inadecuada.

- Pero no sólo desde ellas. Pues la inadecuada disposición de recursos en el acceso a bienes básicos, y entre ellos destacan estos tres: la formación, el empleo y la vivienda, es la causa más grave del desarrollo y la consolidación en su desocialización radical. Ni que decir tiene que la política de vivienda, empleo y formación, no contempla este tipo de situaciones. Menos aún de una forma coordinada e integrada.
- Por último, la insuficiente conceptualización y la insuficiente asunción de una protección social renovada, está dejando al margen a este colectivo no sólo por su situación de excluido del mundo del trabajo y de la protección contributiva, sino desde su misma situación de colectivo no-enraizado, ni siquiera domiciliado.
- Todo ello no significa sólo la incapacitación de los sujetos para poder acceder a recursos propios de una forma autónoma, sino también a la disociación entre las medidas de asistencia y de protección a las que pueden tener acceso a través de la utilización de los servicios, y las medidas de incorporación a los bienes básicos de la formación, el empleo y la vivienda.

4º. No se trata sólo de completar la red, ni de conectar unos servicios con otros, ni de implementar medidas que favorezcan el acceso a los bienes básicos. Eso es, ciertamente una necesidad. Se trata de que todo eso se haga de una forma adecuada. ¿A qué?

- En primer lugar a una «domiciliación», no por coerción o chantaje, sino como un objetivo básico para poder actuar preventivamente y poder plantear su incorporación social. Por lo que habrá que revisar medidas y coordinar actuaciones en orden a ello.

- 
- Además, y como un efecto potenciado desde su domiciliación, diferenciar los servicios, o al menos las prestaciones, de forma adecuada a lo que es el «vehículo» de incorporación de los sujetos al proceso de desarraigo y desocialización.
  - También a reconsiderar las obligaciones —más que las competencias— de las diversas administraciones para poder establecer un acuerdo marco de cooperación y concertación desde la complementariedad con las iniciativas sociales. Y ello, no quedándose en el campo de la prestación de servicios de ayuda básica, sino en la concepción y ejecución de políticas sobre los bienes básicos de la formación, el empleo y la vivienda.
  - Igualmente, conseguir que sea reconocido que las personas de este colectivo que se encuentran en situación cronicada deben acceder a las pensiones no contributivas con todos los derechos de Seguridad Social, etc., aunque no hayan alcanzado la edad de jubilación, pues su situación social les incapacita para acceder al empleo tanto como una incapacidad por enfermedad. Así como que no haya trabas para acceder a las rentas mínimas por su situación de indomiciliación.
  - Por último, que la iniciativa social sea capaz de reconvertir sus servicios dentro de un marco de complementariedad tanto de los servicios básicos, como de los servicios de atención a cronicados. Pero, sobre todo, de reconvertirlos para hacer espacios de prevención, inserción y reinserción social, de modo que su tarea se encuentra allí donde la solidaridad social consigue la incorporación social. Pero esta capacidad creativa exige arriesgar e innovar, diferenciar sin desordenar. Dentro de la cooperación a la construcción de un tejido complejo que se reconoce como tejido estructurado y ordenado desde la diversidad.
- Evidentemente, esto que es fácticamente realizable, pues es técnica y políticamente

posible, se inscribe en una perspectiva de cambio de determinadas estructuras sociales, en especial el empleo, la ocupación y la protección social, para que sea posible la superación de una sociedad dual. Pero eso ya no es ámbito de este estudio.

## Notas

- <sup>1</sup> Cfr., una exposición amplia de estos procesos en V. Renes: *Luchar contra la pobreza hoy*. Ediciones HOAC, Madrid 1993. Por otra constituye uno de los aspectos más cualificados de las conclusiones del IIº Programa Europeo de lucha contra la pobreza (1985-1989): COM (19) final. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas, 13 de febrero.
- <sup>2</sup> Una aportación a este debate debería ir de la mano de la sociogenética estructural formulada por Pierre Bourdieu, en particular por su teoría del *habitus*. Cfr., por ejemplo *El sentido práctico*; Edit. Taurus. Madrid 1991.
- <sup>3</sup> Estas reflexiones son compartidas por el grupo transnacional sobre «Marginados» que existió en el II Programa Europeo de lucha contra la pobreza, en la publicación de evaluación final. Bruselas 1989.
- <sup>4</sup> Esta declaración conceptual es deudora de los estudios del equipo EDIS: Cfr., por ejemplo: *Condiciones de vida y estados de necesidad en la provincia de Jaén*; Edit. Popular, Madrid 1991. Así como de las reflexiones del equipo IMI de la Comunidad de Madrid: «El Programa "Ingreso Madrileño de Integración"». Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid. Madrid 1991. Cfr., vol. 3: *La Exclusión*.
- <sup>5</sup> Ideas tomadas de Joaquín García Roca: «Rentas Mínimas Garantizadas», en *Revista de Serveis Socials*, n.ºs 13-14. Conselleria de Treball y SS. Generalitat Valenciana. Valencia 1991.



## LA ESTRATEGIA COMUNITARIA EN LA INSERCIÓN

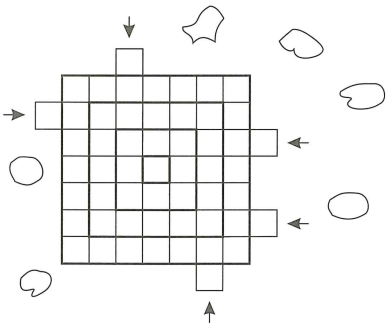
Recogemos la intervención de esta compañera, cuya exposición de los puntos 1 y 2 se realizó sobre transparencias. De ahí el estilo conciso, que esperamos no dificulte su comprensión.

### 1. La dimensión comunitaria de la inserción

#### a) Desde el modelo referencial teórico

Adoptando la terminología de la educación liberadora, contemplamos dos posibles modelos teóricos, que llamaremos el «modelo ingenuo» y el «modelo contextual»

#### Representación gráfica del modelo ingenuo

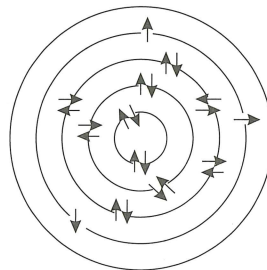


Las características del modelo ingenuo:

- La sociedad normalizada es un todo articulado y homogéneo.
- Los marginados son elementos externos, con aristas, que no encajan en el conjunto.

- El objetivo prioritario sería limar estas aristas, «acondicionar» al marginado para que pueda irse adosando al todo (a la caja externa en cualquier caso).
- **En consecuencia, el método de trabajo será, de preferencia, individualizado, sobre la persona marginada.**
- Si ésta no alcanza los valores imperantes, se culpabiliza al individuo, en unos casos, o se autoinculpa el agente social (fracaso, frustración).

#### Representación gráfica del modelo contextual



Las características del modelo contextual:

- Cada anillo tiene su propio sistema de valores y normas, su nivel de integración, de cohesión interna.

- Los círculos tienen cierta permeabilidad (las oportunidades sociales de promoción), más difíciles según nos acercamos al centro.
- El externo (marginados) sólo permite la entrada, no la salida, por la incapacidad (inherente al concepto de marginación) de modificar por sí mismos esa situación.
- Desde esta percepción, dos planos de trabajo, que se complementan:
  - Facilitar a los individuos los elementos mínimos que les permitan iniciar un proceso de inserción, y
  - **Abrir huecos para que el paso a otros anillos sea posible. Crear espacios integradores, donde se dé la relación**

**mutua, donde pueda coexistir la diferencia, aportando sus propios valores.**

- Se enfoca la inserción como un proceso gradual, con sus limitaciones, donde la detención en un círculo no se vive como fracaso total.
- No es empresa fácil: Abrir hueco a la persona en dificultad en la sociedad moderna tropieza con la naturaleza misma de esa sociedad: tecnológica, competitiva, burocrática y cuya racionalidad está orientada a la eficacia (**E. Maurel**).
  - Nuestra opción de trabajo es, obviamente, por este segundo enfoque, donde la intervención sobre la sociedad (la comunidad) es un elemento imprescindible.

b) Desde el modelo de intervención

**Frente a un:**

**Modelo terapéutico-clínico**

- Desde el problema, etiquetando.
- Desde la separación: lo sectorial, la institución...
- Trabajando «por» y «para» los otros.
- Su objetivo es curar.
- Desde la tecnocracia y la burocracia, el análisis distante, la barrera «profesional».

**Optamos por un:**

**Modelo personalizador**

- Desde la *Persona* con un problema.
- **En el propio Entorno.**
- *Estar con: Acompañar procesos.*
- Sus objetivos: *Reducir el sufrimiento y aumentar la felicidad.*
- Desde la implicación personal y el *compromiso*.

c) Desde el proceso en la acción social

**Frente a las notas definitorias de:**

MARGINACIÓN/ EXCLUSIÓN

• POBREZA

• DEPENDENCIA

• RECHAZO

**Busca los elementos contrarios, que conforman la:**

INSERCIÓN/ INTEGRACIÓN

• CUBRIR MÍNIMOS VITALES

+  
• AUTONOMÍA

+  
• PARTICIPACIÓN

**Supone un proceso con tres fases:**

ASISTENCIA (como derecho ciudadano, incluso)

PROMOCIÓN (personal, grupal)

INSERCIÓN

La inserción supone alcanzar un nivel de participación en la comunidad; si no, se queda en una pura promoción de la persona o del grupo.

d) Desde los niveles de abordaje de la inserción

Estos son teóricamente tres:

**La rehabilitación personal**

Exige:

- patrones de referencia normalizados y positivos (animadores, educadores),
- ámbitos de relación interpersonal (familia, escuela/trabajo, entorno),
- condiciones sociales básicas (vivienda, salud...)

Tres vertientes:

- *Reestructurar la persona*: acoger, reconocer, dejar expresarse, reencontrar la identidad, la autoestima, el derecho al placer, volver a crear relaciones, reencontrar la consideración y la esperanza...
- *Relación con lo real*: ayudarle a enganchar con la realidad; facilitar claves, contactos, referencias; volver a ser sujeto de derechos (documentación); reaprender a leer y escribir, a expresarse en grupo; hábitos sociales básicos; pautas de convivencia...
- *Confrontación con lo real*: desenvolverse en una vivienda; asumir tareas cotidianas; recuperar hábitos de trabajo; utilizar los equipamientos de su zona; resolver conflictos interpersonales...

Precede y/o acompaña a los otros niveles.

**La formación ocupacional**

- Desvinculada de la producción, pero encaminada a ello, en principio.
- En cualquier caso, con una utilidad social real (para la persona y/o para su entorno).
- Generalmente, gratificación económica en forma de beca o prestación.
- Actividad grupal (aula, taller).
- Abierta y temporal (como criterios generales).
- Refuerzo y complemento de la rehabilitación personal.

**La inserción laboral**

En nuestra cultura, el trabajo como principal factor de:

- Independencia económica.
- Acceso a los bienes de consumo.
- Reconocimiento social.
- Autoestima.
- Participación en la construcción social.
- Llave para acceso a otros derechos: protección social, sindicación...

La inserción es responder al desafío de hacer trabajar a cada uno en el puesto de trabajo que le conviene. Adaptar el trabajo al hombre.

**2. Dos elementos básicos que enmarcan la inserción**

a) La relación de intercambio

- *Inscribir las acciones de inserción* dentro de las relaciones de intercambio que rigen nuestra sociedad.

- *Intercambio = Reciprocidad* (dar y recibir). Sin reciprocidad, la relación se vuelve:

- dependencia.
- paternalismo.
- desvalorización.

- *Insertar*:

- Crear espacios y condiciones donde las relaciones de intercambio sean posibles.
- Propiciar que la persona en dificultad pueda ofrecer algo salido de ella misma (un bien, un saber hacer, un servicio) que él y los otros reconocen como útil.

- *Establecer intercambio supone*:

- Crecer en autoestima y confianza.
- Crear sentimiento de pertenencia.
- Reconocer al otro, valorarlo.
- Vencer prejuicios.
- Hacer surgir la solidaridad.

- *Objetivo prioritario de los proyectos de inserción*:

Establecer intercambios recíprocos, de ma-

nera gradual, en todos los tipos de relaciones susceptibles de ser desarrolladas:

- Entre persona y persona (beneficiario-animador; miembros del colectivo entre sí; pareja...).
- Entre persona y grupo/s (compañeros de piso, de taller...).
- Entre grupos (colectivo de inserción con otros del entorno: Asociación de vecinos, Casa de la Cultura, Grupos de tiempo libre, Clubs de mayores...).
- Entre grupo y entorno (mejora de la zona, servicios comunes, desarrollo local...).

El Proyecto de inserción debe ser **plataforma de relaciones** entre individuo y entorno, de manera que vaya gradualmente ampliando el círculo de las mismas, hasta conseguir el despegue de la plataforma inicial.

#### *b) El desarrollo local*

- La vuelta a lo local como contrapartida a la universalización de la economía.
- El desarrollo local trata de movilizar todos los recursos de un territorio en favor de su propio desarrollo y de una calidad de vida.

Sus características:

- endógeno
- interdependiente
- integrado

#### **Un desafío**

Situar los proyectos de integración en el marco del desarrollo local. Es decir, establecer la relación entre necesidades existentes en el entorno y las habilidades que el grupo o persona posee (o puede llegar a poseer). Permitir que la persona pueda ofrecer servicios, en vez de demandar empleo.

Por tres razones:

- Para que la inserción sea aportación a la calidad de vida y no una carga social.
- Para no re-crear otro círculo cerrado, marginal aunque sea más confortable.
- Para no confundir economía social con trabajo precario o mano de obra barata.

#### **Unos pasos**

- Descubrir las necesidades no cubiertas de la comunidad.
- Transformar esa carencia en Proyecto de servicio a prestar, partiendo de las posibilidades del colectivo.
- Asegurar la viabilidad del Proyecto. Conexión con:
  - Administración (servicios, agentes, legislación, planes de desarrollo, subvenciones).
  - Tejido económico local (Cámara de Comercio, pequeñas y medianas empresas, Cajas de Ahorro...).
  - Tejido social: vecinos, sindicatos, ONG's...
- Coordinación con otros servicios similares.

El desarrollo local exige un cambio de valores y de actitudes: nueva concepción del empleo, solidaridad, iniciativa creadora...

Es decir, a modo de resumen de lo hasta aquí expuesto, sintetizaría en tres las dimensiones comunitarias de la inserción que han de ser tenidas en cuenta a la hora de abordar el trabajo con colectivos excluidos:

- a) La reconstrucción de las redes personales de relación.
- b) La reconstrucción del tejido social, impulsar su capacidad de convivencia, de aceptación..., trabajar por una sociedad porosa y flexible.
- c) La articulación de los proyectos de inserción con los planes de desarrollo local.

Estas serían las tres vertientes o aspectos a ser tenidos en cuenta desde las entidades y grupos responsables del trabajo directo con los colectivos. Pero, desde el modelo de inserción que hemos llamado contextual, sería conveniente pararse a pensar ahora cuál es el papel que juega (o debería jugar) la otra cara de la moneda; es decir, la sociedad en su conjunto.

### **3. Los otros agentes sociales**

Sociedad en la que deberíamos considerar, por un lado, el sector público (Administración



---

Local, Autonómica, Estatal comunitaria) y, por otro, la iniciativa social (instituciones, ONG's, voluntariado). Partiendo siempre del principio de la inexcusable articulación entre ambos a la hora de enfrentar los retos de la inserción, hay funciones y tareas que son responsabilidad más clara de uno u otro sector:

#### *a) Del sector público*

En un estado social, parece evidente que una de sus principales funciones es garantizar el acceso de todos los ciudadanos a los recursos sociales. Son tareas inherentes al mismo:

- Emitir una legislación adecuada, que contemple medidas de discriminación positiva en favor de los colectivos y personas con menos posibilidades.
- Establecer políticas fiscales y de redistribución de recursos.
- Garantizar el cumplimiento de unos mínimos de calidad exigibles a los servicios, con independencia de quienes sean sus gestores.

#### *b) De la iniciativa social*

- Detectar y desvelar situaciones nuevas de pobreza.
- Plantear creativamente proyectos alternativos.
- Defensa de los derechos humanos.
- Transmisión de valores.
- Potenciar una cultura de la solidaridad.
- Colaborar, en la medida de sus recursos, con las políticas sociales (gestión de servicios, aportación de datos y experiencias nuevas, etc.).

Dentro de estas funciones generales señalaríamos algunas tareas más concretas de ambos sectores:

#### **a.1) Del sector público en su nivel estatal/autonómico:**

- En primer lugar, que no se confine la lucha contra la pobreza y la exclusión a la esfera

de la política social. Es imprescindible establecer medidas globales e integradas, que vayan más allá de los límites tradicionales de las políticas sectoriales o de las competencias departamentales.

- Es urgente establecer medidas (legales, financieras e institucionales) que garanticen el acceso y el ejercicio efectivo de los derechos sociales básicos:
  - Vivienda, políticas de accesibilidad en diversas modalidades.
  - Formación compensatoria y permanente, adecuada a las nuevas exigencias laborales.
  - Potenciación de la economía social en toda su amplitud, como contribución al tejido económico del país.
  - Cobertura por el sistema sanitario de las diversas contingencias (SIDA, psiquiatría...)
  - Protección social, en su doble vertiente de Servicios Sociales y de garantía de rentas.
- Garantizar la existencia de una red de atención integral a colectivos específicos, mediante el desarrollo pleno de las leyes de Servicios Sociales y el debido reconocimiento a la iniciativa social en este campo:
  - Presencia en instancias consultivas.
  - Coordinación y planificación conjunta.
  - Facilitar la formación de agentes sociales.
  - Fórmulas de financiación estables.
  - Establecer criterios de calidad mínimos y asegurar su cumplimiento.
- Apoyo de infraestructura, redes comerciales, orientaciones de viabilidad..., a las iniciativas de desarrollo local.
- Potenciar la investigación del fenómeno de la marginación/integración.
- Potenciar la red de Servicios Sociales de Base, como instrumento clave para la prevención y la inserción.
- Implantar políticas específicas para otros sectores (temporeros, inmigrantes...) que puedan colapsar servicios no dirigidos a ellos y, por tanto, inadecuados.

## **a.2) De la Administración Local**

- Establecer una red de actuación integral, con un solo Centro de Acogida por ciudad o comarca, en estrecha relación con los Servicios Sociales de base y los Centros especializados necesarios, que eviten pérdidas de referencia y desvinculaciones bruscas.
- Ofertar condiciones favorables de trabajo y vivienda en sus demarcaciones geográficas.
- Facilitar el uso de los recursos normalizados (formación, salud, tiempo libre...).
- Promover iniciativas de desarrollo local junto con el tejido social de la zona.
- Potenciar planes de prevención orientado a evitar el desarraigo:
  - Adopciones y familias de acogida a menores en riesgo.
  - Refuerzo y apoyo de la integración escolar.
  - Grupo de tiempo libre.
  - Trabajo con familias de alto riesgo.
  - Proyectos de empleo juvenil.
  - Grupos de autoayuda.
- Gestionar las rentas mínimas en relación con proyectos de inserción.
- Detección de personas en riesgo y remisión al Centro de Acogida de transeúntes y marginados.
- En colaboración con el tejido social de la zona, promover la acogida de usuarios en las comunidades destinatarias y apoyar su asentamiento (seguimiento, tutelaje, restablecer relaciones familiares...).

## **b.1) Dentro del sector social**

Centrándonos en el voluntariado y en el colectivo que nos ocupa, señalaríamos:

- Detección de personas en riesgo y remisión a los centros adecuados.
- Espacios de acogida e información.

- Grupos estables de referencia, ajenos al Centro, que ayuden a establecer nuevos contactos.
- Acompañamiento (a gestiones...).
- Organización con ellos y realización de actividades de tiempo libre (deporte, teatro, música...).
- Apoyo al seguimiento en el entorno y en la acogida en las comunidades destinatarias.
- Apoyo en alternativas de convivencia y laborales (familias de acogida, pisos y trabajos tutelados...).
- Fomentar la sensibilidad ciudadana: campaña de información, difusión, peticiones solidarias...
- Apoyo en los Servicios de los Centros (voluntariado profesional).
- Parroquias y Servicios asistenciales: erradicar la limosna, la mendicidad..., orientar su atención por la vía de la oferta educativa, alternativas ocupacionales, etc.

## **Referencias bibliográficas**

- AZAGRA, Joaquín: «De los derechos individuales a los derechos sociales» en Revista de Servicios Sociales, nº 13-14. Consellería de Treball y S. S., Generalitat Valenciana, 1991.
- BEJAR, Helena: «La fragilidad de lo social», en Revista Claves de Sociología, nº 11, 1991.
- CALZADA, Carmen y LINARES, Esperanza: «La inserción social, primeros agentes». Cuaderno de formación, nº 32. Cáritas Española, 1993.
- GAVIRIA, Mario y Equipo IMI: «Documentos preparatorios al Ingreso Madrileño de Integración». Comunidad Autónoma de Madrid, 1991.
- MAUREL, Elisabeth: «l'insertion social» en la Revue de Droit Semitaire et Social, nº 25, octubre-diciembre 1989.

---

## CONSTATAIONES Y PROPUESTAS

**Nota.** Constataciones y propuestas que sobre *Reinserción social de transeúntes y colectivos sin techo* se han presentado en el Seminario italo-español, celebrado en Plasencia (Cáceres) los días 19 al 21 de mayo de 1993.

### Constataciones

1. El fenómeno de los sin techo no puede ser reducido a una mera falta de vivienda. Se enmarca en una problemática más amplia de exclusión social.
2. La restricción de las medidas sociales por parte de las distintas administraciones y el no acceso de este colectivo a ciertas medidas de protección social, hace que se encuentre en una situación de desamparo.
3. Este fenómeno de pobreza (desarraigo-familiar, laboral, social, etc.), está creciendo en toda Europa aunque los países del Sur intervienen de forma más específica con los sin techo. Se constata un aumento de este colectivo en España y Portugal.
4. Las políticas existentes en lo referente al empleo como a la vivienda, no facilitan los procesos de inserción de estos grupos desfavorecidos, ya que para ellos estos ámbitos son inaccesibles.
5. El deterioro humano que padecen en lo referente a la salud, familia, relaciones sociales, desarraigo social, etc., hace que detrás de todo esto esté el sufrimiento y el abandono de estas personas con rostros concretos.

6. La insuficiente implicación de la Administración y la falta de solidaridad de la sociedad en general, hace que la acogida y la inserción de estos grupos sea más lenta.

### Propuestas

#### **A la Administración:**

- Medidas de apoyo y cobertura legal en relación a la formación profesional y al empleo de estos colectivos desfavorecidos.
- Programas de acción social que faciliten la inserción en el mercado laboral normalizado y promoción de centros de empleo protegido a los que estos grupos desfavorecidos tengan acceso.
- Instrumentalizar políticas de acceso a la vivienda a nivel local y autonómico donde haya una implicación de estas personas.
- Las medidas de lucha contra la exclusión social deben ir acompañadas de ofertas educativas y formativas, de nuevas alternativas, de manera que la sociedad sea capaz de incorporar a sus miembros pobres y excluidos.

- 
- Apoyo técnico-económico y legal a las organizaciones no gubernamentales que trabajan con estos colectivos desfavorecidos.

#### ***A las organizaciones no gubernamentales***

- La coordinación entre las distintas instituciones y organizaciones, buscando criterios comunes así como el apoyo, a la creación de la Red española de los sin techo.
- La domiciliación es un aspecto importante en la intervención social con este colectivo, en todo lo referente a la prevención/inserción y para que ellos puedan plantear su incorporación social y exigir sus derechos como ciudadanos.
- Es importante seguir en la línea de la promoción de servicios y centros, con técnicos preparados para la gestión y dirección de los mismos.
- Toda intervención social con estos colectivos debe estar orientada hacia tres tipos de estrategias:
  - *Estrategias laborales*, que desarrollen el derecho al trabajo tendente a facilitar la participación en la construcción social;
  - *Estrategias ocupacionales*, que constituyan una forma de trabajo humano desvinculado de la producción y no necesariamente unido a la remuneración directa;
  - *Estrategias rehabilitadoras*, orientadas a potenciar la autonomía e independencia personal.

- Las dimensiones comunitarias de la inserción que han de ser tenidas en cuenta desde las instituciones y grupos responsables a la hora de abordar el trabajo con colectivos excluidos son tres:

- La reconstrucción de las redes personales de relación.
- La reconstrucción del tejido social, impulsar su capacidad de convivencia, de aceptación..., trabajar con una sociedad porosa y flexible.
- La articulación de los proyectos de inserción con los planes de desarrollo local.

#### ***A la FEANTSA (Federación Europea de Asociaciones Nacionales que Trabajan con los Sin Techo)***

- Organizar el 2º seminario que dé continuidad al de Lisboa, para profundizar en el análisis y problemática de este colectivo en los países del Sur.
- Ser portavoz ante la Comisión Económica Europea de la situación de los países del Sur y de la intervención social que se está realizando desde experiencias concretas a nivel de instituciones y organizaciones.

#### ***A la sociedad en general***

- Un llamamiento a la solidaridad y a trabajar por la justicia para la incorporación e inserción de estos colectivos desfavorecidos.

## AYUDA A DOMICILIO: CONCEPTUALIZACIÓN, ANÁLISIS Y PROPUESTAS

### Presentación

El presente trabajo pretende sistematizar el marco teórico y conceptual de la Ayuda a Domicilio en el Sistema Público de Servicios Sociales y, a la vez, extraer de las experiencias de los modelos más significativos en cuanto a normativa y gestión de este Servicio, en distintos países de la Comunidad Europea, conclusiones que permitan la mejora y desarrollo de la Ayuda a Domicilio.

Se ha tomado como referencia la normativa de los 12 países de la Comunidad Europea, así como los informes presentados en las Jornadas Internacionales de Ayuda a Domicilio, que promovió en 1990 la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales y patrocinó el Ayuntamiento de Madrid, con el objetivo de valorar a través de las experiencias municipales, la posibilidad de promover iniciativas en las instituciones para dar mayor cobertura institucional a los Servicios Sociales de Ayuda a Domicilio.

En la actualidad no se dispone de ninguna directiva que aborde los Servicios Sociales desde el plano Comunitario, debido a la diversidad legislativa existente en materia de Servicios Sociales en general y no sólo en la Ayuda a Domicilio, ya que éste es un servicio más de los regulados por cada Estado

Comunitario y, por tanto, de momento no es factible trabajar por unas líneas comunes a nivel legislativo, pues todavía no se ha llevado a cabo un trabajo homogéneo en la metodología y en el desarrollo de programas por la diversidad de experiencias y modelos, requiriéndose una mayor experiencia de cooperación para lograrlo.

En el análisis de los informes de los países que han servido de base para este trabajo se aprecia la Ayuda a Domicilio como prestación básica de los Servicios Sociales, desde las Administraciones Públicas, destacando la doble cualidad de esta prestación:

- Por un lado garantiza una intervención personalizada, adecuada al ámbito del hogar, previniendo el desarraigo provocado por el internamiento de las personas en un Centro Residencial.
- Por otro lado, sus costes económicos son mucho menores que los de los internamientos residenciales, permitiendo así que las plazas de los Centros, muy escasas en la mayoría de los países europeos y en especial en España, estén disponibles para aquellas personas que más las necesiten.

Teniendo en cuenta que en España la Ayuda a Domicilio es un Servicio Social moderno, pues comienza su implantación a lo largo de los años ochenta, al regularse desde el marco

---

de las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales, es de sumo interés sistematizar su conceptualización, analizar y comparar su desarrollo normativo y gestión en el marco europeo, en especial en aquellos países que ha alcanzado un mayor nivel de desarrollo y extraer directrices que permitan el avance y mejora de la Ayuda a Domicilio como Servicio Social que ha alcanzado una gran demanda en nuestro país.

## Marco conceptual

Como definición, desde el aspecto teórico, la Ayuda a Domicilio es una *prestación* que se ubica en el marco de las atenciones que se realizan en el ámbito de la convivencia personal y en el seno del hogar; es decir, es una prestación que se proporciona en el seno del propio domicilio, y está orientada al ámbito *convivencial* para conseguir esa autonomía que toda persona precisa y que, ya sea por incapacidad física, por problemas familiares, etc., o cualesquiera otras razones que se lo impidan, no pueda desarrollar sus actividades habituales en el hogar con la autonomía necesaria.

Por lo tanto, no es un servicio sectorial, sino un *Servicio Social Comunitario*, ya que cualquier persona que se encuentre ante esa problemática convivencial puede recibir esta prestación.

Desde el aspecto práctico, es decir, desde aquellas acciones que las instituciones abordan como ofertas de la Ayuda a Domicilio, su contenido es limitado y, en la mayoría de los casos, orientado exclusivamente a servicios domésticos que se prestan a ancianos y/o minusválidos.

No obstante, desde el referente teórico-conceptual diseñado en las Leyes de Servicios Sociales y pendiente todavía de desarrollo en su gestión, la Ayuda a Domicilio tiene *objetivos* específicos que asumen una triple vertiente preventiva:

– Evitar institucionalizaciones en Centros Residenciales. Lógicamente es mucho más operativo no sólo para el interesado, sino

para la propia comunidad, la permanencia en su hábitat natural.

- Abordar la prevención de situaciones de crisis y, aunque para la mayoría no sea conocida esta vertiente de la Ayuda a Domicilio, hay que poner de manifiesto su gran interés, ya que afecta a toda la oferta de acción de tratamientos psicosociales en la familia. Desde el marco teórico, no debemos considerar la Ayuda a Domicilio como una cuestión de apoyo a la familia ante determinadas acciones de tipo doméstico, sino que se la ha de contemplar en la globalidad de sus objetivos y en la concreción de sus acciones a nivel general. Por esto, es importante potenciar esta vertiente de la Ayuda a Domicilio, de prevención de crisis en la familia y de actuación de carácter psicosocial de apoyo a esa convivencia familiar.
- Favorecer, y esto es muy importante, la autonomía personal, ya que no sólo se trata de conseguir la prevención de institucionalizaciones en centros y de crisis familiares, sino que se trata de potenciar también las capacidades de la persona para desenvolverse con la máxima autonomía en su medio natural. Es importante que a esta autonomía personal se le dé una valoración general en el marco del programa.

Por otra parte, los *colectivos* susceptibles de acceder a este Servicio son niños, minusválidos, padres/madres de familia con cargas familiares no compartidas y con deficientes ingresos, etc.

Es cierto que la tercera edad constituye en la mayoría de los países europeos el 85% de los receptores de la ayuda a domicilio, sin embargo, el destinatario inicial de este Servicio no fue en casi ningún país la tercera edad, sino las madres en situación difícil para poder hacerse cargo de sus hijos por la dificultad en combinar las labores de casa y sus actividades laborales ya que tampoco disponían de una oferta de escuelas infantiles o guarderías en las empresas.

El Servicio de Ayuda a Domicilio nació a partir de la atención a la infancia en casi to-

---

dos los países. Otra cosa es que hoy en día y debido a la gran difusión que han tenido las escuelas infantiles y el proceso de reconversión de las guarderías, el colectivo infantil es uno de los colectivos para los que menos se demande este servicio.

La atención a niños aparece con un índice más alto cuando sus padres son ingresados en Centros Residenciales-Hospitalarios, es decir, en el tratamiento de urgencia no en el permanente de la situación motivo del ingreso hospitalario de los padres.

Otro de los sectores que ha tenido una gran implantación en la Ayuda a Domicilio ha sido el de minusválidos. Su tratamiento ha estado muy sesgado por una visión de la Ayuda a Domicilio estrictamente de apoyo a la movilidad personal y a las tareas del hogar. Por tanto, la acción encaminada al apoyo familiar para lograr su integración convivencial y el desarrollo de los distintos miembros, no se contempla lo suficiente en los programas diseñados para este sector.

El enfoque que se ha diseñado de forma más global en la Ayuda a Domicilio corresponde al sector familia, cuando ésta se halla en situaciones de malos tratos, crisis convivenciales, separaciones, ingreso de uno de sus miembros en centros penitenciarios, baja temporal de alguno de sus miembros por motivos hospitalarios u otras razones.

El programa de Ayuda a Domicilio orientado a la familia ofrece una visión mucho más globalizada que los sectorizados, tales como tercera edad o minusválidos.

Las *actuaciones* que procura la Ayuda a Domicilio, entendida ésta desde su aspecto teórico-conceptual, son muy generales. El ámbito de las actuaciones domésticas es conocido por todos. Entre ellas destacan la limpieza, el lavado y planchado de ropa, higiene personal, realización de arreglos en la vivienda para una mejor adaptación a las personas que conviven en ella.

Sin embargo, son bastantes desconocidas todas las actuaciones de carácter psicosocial, entre las que cabe destacar la intervención téc-

nico-profesional del jurista, psicólogo y el asistente social, intervenciones, todas ellas, que se dan fundamentalmente ante problemas de crisis convivencial y desde la perspectiva de cada una de estas profesiones. Desarrollándose, asimismo, técnicas para la promoción de una cohesión convivencial afectiva entre los miembros. Actuación ésta muy importante para evitar disfuncionalidades en la convivencia producidas tanto por diferentes criterios generacionales como por situaciones de crisis de cualquiera de los miembros de la familia.

Además de estas actuaciones de carácter psicosocial existen otras consideradas como fundamentales en la Ayuda a Domicilio, son la solidaridad y apoyo a las personas en el ámbito convivencial familiar. Este apoyo se suele proporcionar, en general, con el Voluntariado Social y aborda actuaciones que van desde la movilidad, la lectura de prensa o libros, el traslado de la persona para participar en actividades en la calle hasta la compañía para lograr la inserción de las personas que viven solas con dificultades de convivencia social en su medio.

Este elemento de cooperación y solidaridad es importantísimo, siendo muy adecuado su diseño de realización a través del voluntariado, dado que no es posible esquematizar, dentro del marco de relaciones laborales, en un contrato de trabajo su adecuado desarrollo. Esta actividad ha de estar articulada desde la dirección de los profesionales del Servicio Social de la Ayuda a Domicilio que tienen a su cargo a la familia o la persona objeto del tratamiento. Por tanto, estos voluntarios han de estar formados desde el equipo profesional municipal que se ocupa de la Ayuda a Domicilio.

La *gestión* de la Ayuda a Domicilio es otro elemento conceptual importante a tener en cuenta, hay que valorar que desde el punto de vista teórico-conceptual se ha llegado a un consenso bastante amplio, al considerar que las actuaciones de la Ayuda a Domicilio se han de insertar en el Sistema de Servicios

---

Sociales. Durante muchos años, en muchos países fue un servicio insertado en el Sistema Sanitario y, aunque en algunos sigue todavía en ese marco, hoy suele considerarse como un Servicio Público insertado en el Sistema de Servicios Sociales, respondiendo así al contenido de sus actuaciones propias en la intervención social en el campo de la convivencia, siendo ésta su función dominante aunque no excluyente de otras funciones derivadas de tipo sanitario o cultural.

La gestión de este Servicio puede ser desarrollada directa y exclusivamente por el municipio, considerándose un Servicio Público Pleno, o ser compartida con entidades no gubernamentales, lo cual definiría una *gestión mixta* en el marco de un servicio público. La gestión también puede ser *privada* pero su evaluación y control ha de ser pública, con lo que sea cual sea la forma de gestión, pública, mixta (entre pública y privada) o privada, en todo caso ha de ser un Servicio Público controlado, con todas sus normas y criterios de calidad definidos por la Entidad Pública responsable de este Servicio.

En el conjunto de los países está definido con claridad que la Entidad a la que debe corresponder este servicio es aquella más cercana a la vida del ciudadano, es decir, la Administración Local.

La *financiación* de este servicio está asumida conceptualmente por la Administración, es decir, por fondos públicos procedentes bien de las corporaciones locales o de éstas en cooperación con otras Administraciones Públicas, teniendo muy claro el criterio de que un coste de este servicio ha de aplicarse al usuario a través de la normativa que regule las tasas municipales de prestación de servicios, porque se entiende que lógicamente el beneficiario debe aportar un porcentaje en función de sus ingresos. Hoy prácticamente todos los países que mantienen este servicio establecen una tasa mínima por servicio que suele establecerse entre el 10 y el 20%.

La *evaluación* de este Servicio es importante que se desarrolle bajo la responsabilidad

del Ente Público, es decir, las corporaciones locales, sea el Servicio de gestión mixta, pública o privada. Por tanto, teóricamente, las pautas que orientan la evaluación son, por una parte, el análisis estadístico de datos de usuarios, la recogida de datos es importantísima para valorar el impacto que tiene en la población y la demanda real del Servicio; y, por otra parte, el análisis de las familias en las cuales se inserta el beneficiario de la Ayuda a Domicilio, relacionando las variables entre familia e individuo que permitan evaluar el impacto que este servicio tiene en el marco convivencial o familiar de la población.

La evaluación también ha de abordar el grado de satisfacción que el usuario manifiesta de los servicios, tanto en su relación con los profesionales, como con las prestaciones que recibe. La valoración ha de abordar, asimismo, el grado de satisfacción de los profesionales, es importante conocer hasta qué punto éstos consideran que el resultado de su actividad está siendo útil y satisfactorio para el usuario; también, puede realizarse un estudio comparativo entre la valoración del usuario y la del profesional.

A su vez, la valoración debe ser una valoración de costes, es importantísimo en todo diseño de Ayuda a Domicilio saber realmente cuál es el coste por beneficiario y el número de actuaciones y prestaciones otorgadas, porque si la calidad o la cantidad de los servicios no se ajustan a esa valoración sería errónea. También se ha de valorar hasta qué punto está satisfaciéndose la demanda de la población y, por tanto, si ésta está satisfecha por los indicadores de calidad que se determinan.

### **Sistematización conceptual**

#### **Definición**

- Prestación de Servicios Sociales que se produce como respuesta a la necesidad de convivencia.
- Proporciona apoyos para la permanencia y autonomía en el hogar.
- Carácter comunitario: Dirigido a todos los ciudadanos que lo precisen.



- 
- Carácter preventivo: Prevención de institucionalizaciones.

#### Objetivos generales

- Evitar el desarraigo del entorno natural prestando servicios a individuos y familias con dificultades en su autonomía.

#### Objetivos específicos

- Evitar institucionalizaciones residenciales.
- Prevenir situaciones de crisis familiar.
- Proporcionar capacitación y formación a familias desorganizadas y/o desestructuradas.
- Evitar el deterioro de las situaciones familiares en crisis.
- Elevar los niveles de autonomía e independencia de los usuarios.

#### Funciones

- Prestar apoyo psicosocial a la convivencia en el hogar.
- Proporcionar apoyo doméstico, compañía y movilidad para las relaciones sociales de las personas sin autonomía personal.

#### Colectivos susceptibles de la Ayuda a Domicilio

- Ancianos.
- Minusválidos.
- Niños.
- Cabeza de familia con cargas familiares no compartidas.
- Padres con problemas familiares de diversas causas: hospitalización, abandono del hogar, etc.

#### Atenciones que puede procurar

##### DE CARÁCTER DOMÉSTICO:

- Limpieza de la vivienda
- Lavado y planchado de ropa
- Higiene personal
- Realización de arreglos y mejoras en la vivienda

##### DE CARÁCTER PSICOSOCIAL:

- Atención Técnico-profesional en situaciones de conflicto
- Desarrollo de capacidades potenciales para la mejora de las relaciones convivenciales.
- Promoción de hábitos convivenciales
- Técnicas para desarrollar la afectividad y la convivencia.
- Tratamiento en situaciones de absentismo escolar.

##### COMPañÍA Y MOVILIDAD, MEDIANTE VOLUNTARIADO SOCIAL

- Facilitar lectura de prensa, libros, etc.
- Actividades recreativas y culturales.
- Acompañamiento para realizar gestiones.
- Convivencia con otros grupos.

#### Gestión

##### GESTIÓN DIRECTA

- Servicios Sociales Municipales a través del equipo de Ayuda a Domicilio:
  - Asistente Social
  - Psicólogo
  - Educador

##### GESTIÓN CON EMPRESAS

- Conciertos con empresas para el servicio doméstico.

##### GESTIÓN CON O.N.G.S.

- Para el voluntariado y las acciones de campaña y movilidad.

#### Financiación

- Presupuestos Municipales
- Aportaciones o tasas por servicio
- Concertación AA.PP.

#### Evaluación

##### ANÁLISIS DE DATOS

- a) Datos de la prestación:
  - Solicitudes del Servicio
  - Beneficiarios
  - Atenciones que se han procurado

- 
- b) Datos de los usuarios:
    - Por individuos: Sexo, edad, ingresos, etc.
    - Por domicilios: número de personas y tipo, estado de la vivienda, etc.
  - c) Relaciones entre variables de prestación y usuarios

#### VALORACIONES

- a) Valoraciones de los usuarios
  - Cómo acceder al Servicio
  - Relación con los profesionales
  - Grado de satisfacción y expectativas
- b) Valoración de los profesionales
  - Tareas que realizan
  - Soluciones con los usuarios
  - Cómo mejorar el servicio
  - Qué formación necesitan
- c) Valoración económica
  - Relación coste por servicio y/o actuaciones.
- d) Valoración social
  - Indicadores de calidad
  - Nivel de protección desarrollado en función de demanda social

### **Análisis comparado de la normativa de ayuda domiciliaria en Europa**

Vamos a analizar este servicio en la legislación europea para valorar las líneas de trabajo que nos permitan la mejora de las técnicas de intervención y desarrollo de la ayuda a domicilio, tomando como punto de referencia el marco conceptual expuesto anteriormente y como fuente documental los datos recopilados por la Dirección General de Acción Social en 1987 de la Sección Social Internacional, en colaboración con las Agregadurías laborales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

En principio, los gobiernos de los países europeos tienen muchas dificultades en el abordaje de este Servicio. En realidad éste no aparece como tal, entendido como Servicio Social encuadrado en un marco legislativo de Servicios Sociales. Vamos a ir viendo

cada uno y luego los podemos agrupar en un análisis comparado.

En *Alemania*, la Ayuda a Domicilio no existe como prestación ni como Servicio Social. Es una ayuda complementaria a aquéllas que ofrece la normativa de pensiones y de Seguridad Social; está enclavada en el marco de una prestación complementaria para ancianos y minusválidos que perciben los subsidios de la Seguridad Social o de las Ayudas Sociales económicas públicas, no estando, por tanto, configurado el derecho a la Ayuda a Domicilio.

En consecuencia, la Red de Ayuda a Domicilio, que es bastante amplia en Alemania, pertenece a la beneficencia privada, funciona con graves dificultades de financiación y se sustenta de donaciones individuales a las instituciones caritativas y de aportaciones de los ayuntamientos y la Seguridad Social que subvencionan en función de la problemática social de ancianos o minusválidos. Se enmarca en esa filosofía originaria en la que la protección social aparece como prestación económica como un primer elemento de protección, y que debido a la presión ejercida por colectivos tales como ancianos y minusválidos en demanda de Servicios Sociales concretos, se fueron organizando ayudas complementarias desde el punto de vista de la Seguridad Social facilitadas a las instituciones caritativas para el desarrollo de esta prestación.

El caso alemán responde al modelo clásico, sin legislación en Servicios Sociales y con una Asistencia Social dependiente de la Beneficencia o de la Seguridad Social. Por eso, en el apartado de análisis de experiencias de distintos ayuntamientos europeos, se ha elegido el de Munich para valorar este modelo en concreto.

En *Bélgica* no existen leyes de Servicios Sociales como tales, pero este país tiene una legislación por Comunidades Autónomas que mantiene una presencia política fuerte en todas las instituciones y órganos y, por tanto, desde este ámbito sí se ha regulado la Ayuda a Domicilio, aunque no como una legislación específica de Servicios Sociales, sino

---

como un ayuda social que se otorga desde las mismas.

En Bélgica, la Ayuda a Domicilio está orientada a familias, a personas mayores y minusválidos, la gestión la llevan los municipios y se desarrolla con conciertos con entidades privadas.

*Dinamarca* tiene un modelo bastante parecido al de Alemania, la Ayuda a Domicilio se proporciona a ancianos e incapacitados; la normativa por la que se regula es también la ley de pensiones sociales y la gestión se realiza por los ayuntamientos en colaboración con instituciones privadas, en este caso la mayoría de las instituciones no son caritativas, ni de beneficencia, sino todo tipo de instituciones, incluidos Institutos Técnicos de Servicios Sociales, que realizan convenios para prestar estos servicios.

*Francia* dispone de un modelo distinto al de Alemania y Dinamarca, aunque originariamente fue semejante al alemán, no obstante con motivo de la Ley de Solidaridad se desarrolló la Ayuda a Domicilio como una vertiente más orientada hacia los Servicios Sociales.

La gestión se realiza a través de los Centros de Acción Social de los ayuntamientos, la aportación del Estado es muy fuerte y se considera un derecho social. Se dio un salto cualitativo y aunque no aparezca como una legislación específica y diferenciada de los Servicios Sociales, reconocida como tal derecho en la Ley del Fondo de Solidaridad que regula el derecho a un mínimo de ingresos económicos; por ejemplo, lo que en España se denomina el IMI.

En *Holanda*, la Ayuda a Domicilio tiene una característica muy especial, está abordada por la Ley General de los Seguros Sanitarios, por tanto, es un Seguro Social. Se paga un Seguro Social de Ayuda a Domicilio, igual que el que se paga para el paro. La gestión es totalmente privada, siendo éste un modelo, el único en Europa, que rompe el esquema tradicional en cuanto a su legislación pegada a pensiones y/o prestaciones económicas pero, aunque se desvincula totalmente

de ese esquema, no se ha introducido en el de los Servicios Sociales; o sea, responde a una contraprestación de un Seguro Social semejante a cualquier otro financiado por los trabajadores, es obligatorio y, por tanto, cada persona paga en los Seguros Sociales un porcentaje para el mismo y no tiene nada que ver con la Red de Servicios Sociales.

Su gestión es absolutamente privada, el derecho a la Ayuda a Domicilio se dictamina por parte de la Red Médica y de los propios agentes del seguro. Aunque está excluido del campo de los Servicios Sociales, los trabajadores sociales intervienen desde los ayuntamientos por la propia dinámica de los Servicios Sociales, lo que está conduciendo a avanzar en la necesidad de que sean éstos los que hagan la valoración de la situación social para percibir esta prestación, pero esto es un elemento práctico, no configurativo de la normativa legal de Ayuda a Domicilio en Holanda.

El caso holandés es el único donde el modelo responde a un seguro social de gestión privada que, aunque tiene garantizados los recursos financieros, mantiene graves problemas de gestión. Por ello, en el apartado de «Análisis de experiencias de distintos ayuntamientos europeos» se ha elegido el Ayuntamiento de Amsterdam para valorar este modelo.

En *Irlanda*, la Ayuda a Domicilio está orientada a familias, ancianos, minusválidos; con un enfoque parecido al de Inglaterra, se encuentra estructurada como un Servicio Social pero no está descentralizada y los ayuntamientos no disponen de plena competencia política, como es el caso inglés, sino que se desarrolla a través de oficinas locales de Bienestar Social del Ministerio de Asuntos Sociales, con un esquema más centralizado.

En *Italia*, el diseño es semejante al de Bélgica y España, es un diseño de legislación autonómica. Existen Leyes de Servicios Sociales, y el modelo en su realización está insertado en el Sistema Sanitario, aunque hay una colaboración muy estrecha con los Servicios Sociales.

---

*Luxemburgo* dispone de un modelo parecido al de Francia, la Ayuda a Domicilio está encuadrada también en la Ley de Solidaridad. Está orientado a minusválidos, tercera edad y familia y organizado por los Centros Sociales de Luxemburgo. La gestión depende de organizaciones no gubernamentales, especialmente Cáritas.

En *Inglaterra* se da el modelo más puro de Servicios Sociales. La Ley de Servicios Sociales reconoce el derecho pleno de todas las personas, no sólo de la tercera edad y minusválidos, sino de todas aquéllas que se encuentren con graves problemas de convivencia y falta de autonomía en el hogar. Es una configuración del Servicio en la línea de la teoría y conceptualización expuesta. El enfoque de la normativa inglesa y española es muy parecido, en España se configura a través de Leyes Autonómicas y en Inglaterra como Ley Estatal de Servicios Sociales plenamente descentralizada.

La Ley inglesa data de 1970, con lo cual se lleva ya 20 años desarrollando los principios teóricos de la conceptualización expuesta anteriormente. Es un modelo con proyección comunitaria y con protagonismo de los trabajadores sociales en el desarrollo de los programas, que se diseñan de forma globalizada y no solamente en función de las actuaciones domésticas, siendo éstas un elemento más del programa desarrollado desde los Centros de Servicios Sociales de los ayuntamientos.

Objetivamente, el modelo de Inglaterra es el más avanzado y experimentado en cuanto a Servicio Social en la Prestación de Ayuda a Domicilio. Por ello, en este trabajo se analiza, en el apartado de experiencias municipales el Ayuntamiento de Birmingham.

El diseño de España es un modelo inspirado en los avances de las diversas revisiones de la Ayuda a Domicilio realizadas en los países nórdicos e Inglaterra. Aunque no se expone aquí la situación de los países nórdicos, puesto que no pertenecen a la Comunidad Europea, el modelo de estos países es muy sectorial y actualmente se están produciendo reformas

orientadas hacia la configuración de un Servicio General Comunitario con contenidos concretos en función de los sectores usuarios del Servicio.

En España, la Ayuda a Domicilio también se inició de forma sectorial a través de los Servicios Sociales de la Seguridad Social a minusválidos y tercera edad. No obstante, la Ley de Servicios Sociales proporcionó a la Ayuda a Domicilio la configuración de un Servicio Social Comunitario o de carácter general, aunque en la práctica el peso de la atención a los mayores sea dominante. Ahora bien, en España la Ayuda a Domicilio está todavía muy poco desarrollada debido a la juventud de los Servicios Sociales. Las Leyes de las Comunidades Autónomas en las que se regulan estos servicios se inician en la década de los ochenta, y es en 1987 cuando surge el Plan Concertado, que es un Acuerdo Estatal para apoyar los Servicios Sociales Locales.

Con el Plan Concertado se ha logrado dar a la Ayuda a Domicilio el correspondiente apoyo técnico y financiero para su configuración y desarrollo como una auténtica Prestación Social Básica del Sistema Público de Servicios Sociales, de responsabilidad pública, plenamente descentralizada en el ámbito municipal. Por tanto, la Ayuda a Domicilio en el Plan Concertado responde a la conceptualización que se ha presentado al principio, no obstante, su realización está lejos de esa conceptualización, puesto que en España es un Servicio nuevo, muy reciente, muy poco implantado todavía en relación con la demanda. Por eso, a la hora de analizar el contraste de modelos, se expone también el Ayuntamiento de Madrid.

### **Resumen del análisis normativo**

Del análisis normativo realizado en los países de la Comunidad Europea a través de las citadas fuentes, señalamos cuatro tipos reguladores de la Ayuda a Domicilio:

– Ayuda a Domicilio vinculada a la normativa estatal de pensiones y seguros sociales y por tanto orientada en el marco de las prestaciones a la tercera edad y minusválidos y, en al-

**Cuadro comparativo de la ayuda a domicilio en los países de la Comunidad Europea**

<b>País(*)</b>	<b>Marco Normativo</b>	<b>Usuarios</b>	<b>Gestión</b>
Alemania	Prestación complementaria y subsidiaria de la normativa de la Seguridad Social y Ayuda Social.	Ayudas a la tercera edad.	Por Instituciones benéficas.
Bélgica	Normativa por Comunidades Autónomas sobre Ayuda Social.	Ayudas a familias y personas mayores.	Municipal y privada.
Dinamarca	Normativa de la Ley de Pensiones Sociales de 1984.	Ayuda a domicilio a ancianos e incapacitados.	Municipal y privada.
Francia	Normativa Código de la Familia y de la Ayuda Social. Ley de 30 de Junio de 1975 relativa a Instituciones sociales y médico-sociales. Ley de 1971 del Fondo Nacional de Solidaridad.	Ayuda a domicilio de la infancia. Tercera edad y minusválidos.	Subsidios del Estado para pagos de servicios domésticos.
Holanda	Regulada en la Ley General de 1989 para costes especiales en caso de enfermedad.	Ayuda a domicilio a familias, ancianos y minusválidos.	Seguro Social Nacional de gestión privada.
Irlanda	No consta normativa estatal.	Ayuda a domicilio a familias, ancianos y minusválidos.	M. B.S., oficinas locales de Bienestar Social
Italia	Leyes Regionales.	Ancianos, menores, minusválidos y familias.	Municipal y privada.
Luxemburgo	Ley del Fondo de Solidaridad de 1960. Subvención Estatal servicio nacional de Acción Social, Ley de 26 de Julio de 1980.	Ancianos, minusválidos y familias.	ONG's prioritariamente.
Inglaterra	Ley de Servicios Sociales de las Autoridades Locales 1970.	Servicio Social Comunitario para familias, ancianos e incapacitados.	Municipal
España	Leyes de Servicios Sociales de Comunidades Autónomas.	Servicio Social General de apoyo a la convivencia.	Gestión Local con conciertos privados para las prestaciones domésticas.

(\*) Faltan Portugal y Grecia por no disponer de datos sobre los mismos.

gún caso, a las prestaciones familiares. Su filosofía está inspirada como prestación complementaria de las prestaciones económicas del Sistema de Seguridad Social. Como se ha podido comprobar en este modelo se encuentran Alemania, Dinamarca y Holanda.

El modelo holandés es, no obstante, un modelo puro de seguro por cotización específica y de gestión privada.

- Ayuda a Domicilio vinculada a Leyes Estatales que regulan Fondos de Solidaridad: Francia y Luxemburgo. Está contemplada como subvención económica complementaria en el marco de la filosofía de la Garantía de Ingresos Mínimos.
- Ayuda a Domicilio vinculada a la Ley Estatal de Servicios Sociales, con transferencias locales, encuadrada en los ayuntamientos con plenas competencias: Inglaterra. Está configurada como un auténtico servicio social con fuerte predominio de la Dirección Técnica en el desarrollo de programas. Se proporciona directamente desde el municipio y no como prestación económica complementaria de otro sistema de rentas.
- Ayuda a Domicilio, vinculada a la normativa de protección social y/o Servicios Sociales de Gobiernos o Comunidades Autónomas. Se corresponde con la filosofía de un Servicio Social de gestión municipal: España, Italia y Bélgica. Sus modelos son muy diferenciados, pero el marco normativo está inserto en una voluntad de Servicios Sociales desde Gobiernos Autónomos. En España la Ayuda a Domicilio es un auténtico Servicio Social con normativa específica, presupuesto y gestión propia de Servicios Sociales; en Italia es un servicio integrado en los Servicios Sanitarios.

## **Análisis de contenidos de la Ayuda a Domicilio en distintos ayuntamientos europeos**

La exposición de la prestación de Ayuda a Domicilio en los cuatro municipios analizados,

se basa en los informes que los respectivos ayuntamientos presentaron en las Jornadas Internacionales de Ayuda a Domicilio, celebradas en Madrid en noviembre de 1990.

### ***Birmingham (Inglaterra)***

Birmingham tiene aproximadamente 994.000 habitantes. El municipio cuenta con un presupuesto de 1.079 millones de libras y 53.000 empleados.

Los Servicios Sociales disponen del 11% del presupuesto, lo que equivale a 197 millones de libras, la Ayuda a Domicilio emplea a 25.000 personas que realizan 3.701.960 horas de cuidados en el hogar, es de destacar la práctica inexistencia de cuidados proporcionados desde las instituciones privadas, y la gestión directa desde el sistema público municipal está plenamente desarrollada.

El número de usuarios de la Ayuda a Domicilio ascendió a 16.200 en 1990, de los cuales el 84% fueron ancianos, 5% discapacitados, 5% enfermos mentales, 5% familias y niños y el 1% maternidad.

Las situaciones personales prioritarias en Ayuda a Domicilio son:

- Incapacidad o inmovilidad.
- Necesidad de apoyo doméstico en el hogar.
- Problemas de crisis en la convivencia.
- Necesidad de movilidad y compañía.

El Servicio se desarrolla fundamentalmente a través de programas que diseñan los Trabajadores Sociales en los Centros de Servicios Sociales de los ayuntamientos. El programa pasa por una primera acción que consiste en la identificación de las necesidades de la persona, proceso muy sistematizado, existe documentación técnica elaborada donde se recogen los datos referidos a la situación personal, familiar y social. Se analiza la capacidad física y la movilidad, las actitudes sensoriales, las tareas de atención que se necesitan, la integración que existe en el seno de la familia, etc.

El programa define el conjunto de acciones a prestar y, una vez diseñado, el trabajador

---

social presenta el diagnóstico al usuario estableciéndose el análisis de la situación y la libre elección por su parte para aceptar o no el Servicio de Ayuda a Domicilio, estando previamente informado de todos los requisitos que ello comporta y de las condiciones en las que se va a desarrollar este Servicio.

La concepción filosófica de la autonomía y de la libertad de la persona impregna todo lo que es el proceso de elaboración del programa y de valoración de las necesidades de la persona que el trabajador social realiza.

En el esquema del Servicio Social de la Ayuda a Domicilio prima prioritariamente el trabajo técnico-profesional. Las actividades que se desarrollan se realizan por el Servicio Social y, por tanto, no existen contratos con empresas para las ayudas domésticas, son efectuadas por trabajadores domésticos municipales. El trabajo de evaluación de los profesionales es exigido incluso para el seguimiento de trabajos de los auxiliares de Ayuda Doméstica y de todos aquellos funcionarios que puedan participar en el programa, por lo cual el modelo queda integrado, es decir, no hay actuaciones separadas entre las Ayudas Domésticas, por un lado, el tratamiento psicosocial a la persona y a la familia por otro o la acción que el voluntariado desarrolla en el domicilio. El programa está totalmente integrado, lo elabora, diseña y evalúa el trabajador social, y en el contrato de seguimiento, el compromiso con el sistema de evaluación es firme, por tanto, es el modelo más profesionalizado que garantiza a su vez mayores derechos a los usuarios, lo cual no quiere decir que este modelo carezca de problemas y se esté planteando su ajuste.

Se está reflexionando sobre la repercusión en la Ayuda a Domicilio, por una parte, de la voluntad de la mayoría de los ancianos en Birmingham de permanecer en el hogar y no acudir a residencias, fenómeno que parece haber multiplicado la Ayuda a Domicilio en los últimos años. Aunque el derecho está garantizado, la demanda social de este Servicio está exigiendo nuevas actuaciones que reclaman su incorporación a la legislación de

Servicios Sociales, lo mismo sucede con otros aspectos que en Inglaterra no se habían abordado, tales como la movilidad de extranjeros, minorías étnicas y grupos sociales, donde se plantea una dificultad añadida cuando la familia reside fuera del país, y en especial en los casos de inmigración.

También se está planteando combinar la garantía de Servicio Público con la gestión mixta, es decir, controlar la calidad técnica desde ayuntamientos por parte de los trabajadores sociales, conveniendo con empresas la realización de los servicios de prestaciones domésticas.

### ***Amsterdam (Holanda)***

Ciudad con unos 700.000 habitantes, de los que 18.000 aproximadamente reciben la Ayuda a Domicilio que prestan 8.000 colaboradores y cuenta con un presupuesto de 88 millones de florines.

El modelo de Amsterdam ha supuesto una ruptura radical con el modelo clásico, al haberse constituido un seguro privado al que puede afiliarse cualquier persona, aunque la gestión sigue a cargo de las instituciones benéficas y sociales que lo iniciaron. El modelo, por tanto, no se financia ni se gestiona por las Administraciones Públicas. Tanto la organización del Servicio como los receptores siguen organizándose en lo que se ha denominado *segmentación de denominación*, que le imprime un cierto carácter segregacionista en la relación cliente-agencia. Así pues, la Ayuda a Domicilio es gestionada por grupos sociales vinculados a instituciones caritativas, sindicatos, etc., que crearon su propia estructura de Servicio de Ayuda a Domicilio, aunque hoy no sean ellos quienes la financien y la controlen, puesto que ello corre a cargo del Seguro Social.

Esta prestación no tiene contenido técnico ni está insertada en el marco de los servicios municipales, siendo muy complejas las interacciones que se producen entre las instituciones que lo gestionan, el Sistema de

financiación que lo sustenta y la política sanitaria y social.

### **Munich (Alemania)**

El modelo de Munich responde a la filosofía de los países que han orientado la Ayuda a Domicilio como ayuda no de derecho, sino complementaria a las prestaciones económicas reconocidas en las Leyes de Seguridad Social y Asistencia Social. La atención social se realiza a través de grandes instituciones de beneficencia dependientes de la Iglesia Católica o Protestante, o a través de organizaciones del Movimiento Obrero o de la Cruz Roja. También hay iniciativas de autoayuda que se desarrollan en ciertos sectores del Trabajo Social y cuyas actividades son subvencionadas con fondos públicos.

Munich tiene una población de 1.300.000 habitantes de los cuales alrededor de 12.000 son usuarios de la prestación, el 85% son ancianos, y las actividades que presta el Servicio son domésticas y sanitarias principalmente. De las 3.315 personas empleadas en la Ayuda a Domicilio, el 23% son profesionales, incluidos los trabajadores domésticos, y el 77% son voluntarios, de los cuales más de la mitad son alumnos o estudiantes que perciben una aportación económica. Sólo una pequeña parte ejerce actividades por voluntariado social, sin remuneración. El presupuesto asciende a 25,7 millones de marcos.

Dos de los principales problemas a los que se enfrenta este servicio son la inestabilidad de su financiación y la necesidad de su profesionalización. Las instituciones locales trabajan por mejorarlo mediante la cooperación y coordinación con las instituciones gestoras desde los Servicios Sociales de los distritos desarrollando ciertas normas de calidad.

La financiación en Munich se ve afectada lógicamente por el modelo que rige en Alemania donde no existe, hasta ahora, legislación que garantice el derecho a los Servicios Sociales y, en concreto, a la prestación de Ayuda a Domicilio (como es el caso de Birmingham o Madrid, ni tampoco ningún segu-

ro obligatorio contra el riesgo de la necesidad de asistencia o de cuidado como es el caso de Amsterdam), por lo tanto, resulta bastante complicada su financiación. Por regla general, el usuario paga un precio relativamente modesto (entre 10 y 15 marcos por hora) que no corresponde de ningún modo a los costes reales. Si el usuario no dispone de medios, entra en vigor el sistema actual de financiación pública de la ayuda social.

En los casos en que el médico prescribe prestaciones de asistencia, las Cajas de Enfermedad suelen cubrir los gastos. Los costes que no se pueden refinar son cubiertos por subsidios municipales o estatales, así como por recursos propios de las organizaciones de beneficencia.

Al lado de estos servicios de beneficencia libre, es decir, no organizada por el Estado, existe un número pequeño de servicios privados cuyos honorarios por hora de trabajo son considerablemente más elevados.

La financiación de los Servicios de Asistencia se presenta de la forma siguiente:

	Millones de marcos	%
Cajas de enfermedad . . . . .	10,6	40,8
Pagos de los propios usuarios	5,1	19,8
Recursos propios de las asociaciones . . . . .	3,8	15,0
Subsidios del municipio . . . . .	3,0	11,6
Subsidios del Estado . . . . .	1,9	7,4
Ayuda Social (según la Ley Federal sobre la Ayuda Social)	0,6	2,3
Otros . . . . .	0,8	3,1
	<b>25,7</b>	<b>100</b>

### **Madrid (España)**

La ayuda a domicilio está configurada en el marco de la filosofía propia de los Servicios Sociales y en la metodología y técnicas del Trabajo Social. Está establecida como prestación de Servicios Sociales Generales en la Ley 11/84 de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y, por tanto, su campo de



---

acción se dirige al conjunto de la población para prevenir situaciones de crisis personal y familiar, prestando atenciones de carácter doméstico, social y rehabilitador ante situaciones de necesidad en el marco de la convivencia.

Madrid tiene una población de tres millones de habitantes y un presupuesto para Servicios Sociales de 7.400 millones, de los cuales la ayuda a domicilio cuenta con 1.400 millones, atiende a 4.100 personas y tiene 869 auxiliares de hogar por contratación externa con empresas.

Además, la Ayuda a Domicilio cuenta con los equipos de gestión técnicos y administrativos del Departamento Municipal de Servicios Sociales y de las Juntas de Distrito, que en Madrid ascienden a 21.

Como se puede observar, en su filosofía y en su teoría el modelo de Madrid está muy cercano al modelo inglés, sin embargo, en su gestión está todavía pendiente de desarrollar la totalidad de funciones que contiene el programa y predominan las domésticas. Asimismo, muchas Instituciones están prestando servicios de Ayuda a Domicilio en el Ayuntamiento de Madrid. Nacieron de iniciativas benéfico-sociales sin capacidad empresarial lo que ha requerido y exige todavía que se realice un gran esfuerzo de capacitación de estas entidades-empresas. La contratación de las mismas se realiza en base al pliego de condiciones técnicas aprobado por el Pleno Municipal.

El Servicio está organizado desde los Centros de Servicios Sociales de los Distritos de Madrid y en teoría el trabajador social es competente para valorar y elaborar el programa individualizado según la metodología del Trabajo Social, no obstante los trabajadores sociales están desbordados por la demanda, lo que dificulta poner en práctica el programa con el diseño global de actuaciones previstas. Todavía no se ha implantado el contrato con los usuarios ni el modelo ha logrado articular e integrar como programa las actuaciones domésticas, psicosociales y de voluntariado social.

Queda también pendiente de desarrollar la evaluación técnica, que requeriría en su globalidad, una vez puesto en marcha el conjunto de acciones que la propia Ley de Servicios Sociales prevé entre los objetivos con que define esta prestación.

### **Resumen**

Se han elegido cuatro municipios que, por la peculiaridad de sus modelos, responden a las características más diferenciales en cuanto a configuración del sistema y a su gestión:

- *Birmingham*. Modelo de Sistema Público de Servicios Sociales y gestión totalmente pública y municipal.
- *Amsterdam*. Modelo de Seguro por cotización y gestión a través de entidades privadas.
- *Munich*. Modelo de beneficencia subsidiaria.
- *Madrid*. Modelo de Sistema Público de Servicios Sociales y Gestión mixta, pública y privada, en proceso de descentralización a nivel municipal.

La diversidad en cuanto a concepción y gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio, se manifiesta en los siguientes aspectos:

### En el marco normativo

Cada municipio es lógicamente reflejo de la legislación de su país en la materia y por tanto, su modelo se enmarca en la normativa del país ya analizada en el punto anterior.

### En la diversidad del modelo de gestión

La gestión de la Ayuda a Domicilio se enmarca en la filosofía de un Servicio Social público, aunque es puramente pública en Birmingham, privada en Amsterdam, benéfico-social en Munich y mixta en Madrid. La valoración de los informes indica que los municipios avanzan en reformas que permiten ofrecer una Ayuda a Domicilio como Sistema Público con gestión mixta.

Asimismo, la Ayuda a Domicilio, a excepción de Birmingham, no está consolidada como Sistema Público de Servicios Sociales. Madrid avanza en ese camino con una medida correc-

tora al configurar la gestión de las prestaciones domésticas por contrato con empresas, definiendo así el Sistema Público de gestión mixta bajo control del Sector Público.

### En cuanto a la profesionalización

Amsterdam y Munich presentan un déficit de profesionalización muy acentuado. Ambos municipios iniciaron la Ayuda a Domicilio desde un voluntariado promovido por instituciones benéficas, altruistas, sociales, sindicales y asociaciones u organizaciones representantes de segmentos de población asociados o minorías sociales. Aunque en el caso de Amsterdam se pasa de estas instituciones a un modelo de Seguro Privado, que se hace cargo de la financiación del Servicio, no obstante, el proceso de gestión no se desprende de su modelo inicial, aunque en el momento actual las instituciones desarrollen el servicio mayoritariamente con personal pagado y no voluntario.

En Birmingham, todo el personal es profesional y la participación del voluntariado es complementaria y está muy implantada.

En el caso de Madrid, el Servicio está profesionalizado, los trabajadores domésticos actúan por la vía de la contratación con em-

presas privadas y el voluntariado todavía no ha llegado a implantarse en el modelo.

### La financiación

Es pública, con presupuesto municipal o en cooperación con otras Administraciones Públicas. En este aspecto es novedoso el modelo de Amsterdam, vía Seguro Privado, lo que ofrece garantías de financiación aunque grandes déficits por su modelo de gestión.

En general, los ayuntamientos analizados aplican tasas por prestación de Servicios o precios políticos que oscilan entre el 10 y 20% en función de los ingresos.

Los costes del Servicio de Ayuda a Domicilio corresponden fundamentalmente a las actuaciones asistenciales domésticas, con excepción de Birmingham, en el resto de ayuntamientos se aprecia la necesidad de aumentar costes en la intervención psicosocial, al objeto de dar al programa integridad y eficacia.

Asimismo, la relación entre usuarios y costes del Servicio, teniendo en cuenta la oferta y calidad de prestaciones y actuaciones, demuestra que la gestión totalmente pública (Birmingham) o totalmente benéfica (Munich) resulta más cara que la mixta, modelo Ma-

**Cuadro comparativo de la ayuda a domicilio en los ayuntamientos de Birmingham, Amsterdam, Munich y Madrid (1989-1990)**

Municipio	Birmingham 994.000 hab.	Amsterdam 700.000 hab.	Munich 1.300.000 hab.	Madrid 3.200.000 hab.
<b>Modelo del Sistema</b>	Modelo de sistema público de Servicios Sociales	Modelo de seguro por cotización	Modelo de beneficencia subsidiada	Modelo de sistema público de Servicios Sociales
<b>Modelo de Gestión</b>	Gestión totalmente pública y plenamente municipal	Gestión a través de entidades benéficas sociales y filantrópicas	Gestión a través de entidades benéficas	Gestión mixta pública y privada en proceso de descentralización a nivel municipal
<b>Usuarios</b>	16.200	18.000	12.000	4.100
<b>Empleados</b>	2.500	8.000	3.315	869
<b>Presupuesto</b>	22,5 millones de libras	88 millones de florines	25,7 millones de marcos	1.400 millones de pesetas

---

drid, ya que ésta abarata costes dentro de los mismos márgenes de calidad.

### *En cuanto al contenido del programa*

El modelo de Birmingham es pionero, aunque para el desarrollo de un modelo se pueden considerar aspectos importantes, en los otros municipios presenta nítidamente el modelo normativo ya analizado en el punto anterior.

En este sentido, Birmingham ofrece un programa global de Servicio Social en el que la intervención psicosocial es dominante en el programa y la acción doméstica está determinada por aquélla. Sin embargo, en Amsterdam y Munich prevalece la acción doméstica. En Madrid la filosofía responde al modelo de Birmingham, pero la falta de implantación del servicio y el escaso presupuesto en relación al número de usuarios hace que dominen las prestaciones domésticas, a su vez el voluntariado está escasamente presente. Aunque en Amsterdam y Munich el voluntariado está muy implantado, no obstante, no realiza una labor propia de complemento al servicio doméstico, sino sobre todo un servicio doméstico-social.

Finalmente, la valoración de la gestión de la Ayuda Domicilio en los ayuntamientos analizados, realizada a través de sus propios informes, está sometida a un proceso de transformación debido a los cambios legislativos en la política de protección social y Servicios Sociales y a los cambios demográficos y sociales que afectan a la estructura familiar, a la pirámide poblacional y a los nuevos usos y costumbres en el ámbito de la convivencia.

## **Modelo municipal metropolitano de Servicio Social de Ayuda a Domicilio**

Analizadas las diversas normativas en Europa y los modelos municipales, se procede a exponer un modelo para la Ayuda a Domicilio en ayuntamientos metropolitanos, en el marco teórico conceptual señalado en el pri-

mer capítulo de este trabajo, materilizando las experiencias de gestión más efectivas ya experimentadas por los municipios europeos en el capítulo cuarto, dando a todo ello forma en el contexto de un Servicio Social Público Municipal.

### **Componentes del modelo**

El diseñar un modelo municipal metropolitano de un servicio tan importante como el de Ayuda a Domicilio significa optar por una sistemática administrativa. Normalmente, este servicio se desarrolla desde la administración más cercana al ciudadano; esta cercanía se justifica por las características, cambiantes del servicio, y, sobre todo por corresponder a ámbitos locales determinados.

La dependencia de Administración Autonómica, Federal o cualquier sistemática administrativa intermediaria entre la Central y Municipal, tiene las ventajas de la planificación global de zonas geográficas completas, unificación de recursos y potenciación de servicios hoteleros más competitivos; pero presenta desventajas de tratamiento masificado, desorientación en las claves de servicio y dificultad en la regularización de horarios.

Los servicios desde la Administración Central mantienen una Ayuda a Domicilio con posibilidades de alta calidad, pero caen muy pronto en la burocracia de impresos y numerosas supervisiones que añaden el tedio a la ya de por sí compleja cumplimentación de formularios.

La sistemática administrativa propuesta en este modelo sería de naturaleza municipalista con una participación directa del usuario, tanto en el aspecto económico como en la formulación de necesidades. La aplicación de baremos a partir del índice de ingresos del usuario es una metodología útil y veladora del Servicio.

Para poner en marcha este modelo de servicio de Ayuda a Domicilio municipalista, ha de elaborarse, como primera medida, un Programa, después una ordenanza municipal

---

que lo regule, acompañada de unas Cláusulas Técnicas de Contratación de servicios que, mediante concurso público, se adjudicará a quien mejor cumpla con las condiciones. Finalmente, será necesario el diseño de participación de Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) de voluntariado social.

### **Programa de Ayuda a Domicilio**

#### Fundamentación

El programa de Ayuda a Domicilio se fundamenta en la propia configuración de la sociedad, en la que algunos de sus miembros atraviesan situaciones de carencia, de autonomía personal, de aislamiento, de falta de relaciones personales, familiares o vecinales o de crisis familiar, hechos incrementados en nuestra sociedad actual por el envejecimiento de la población y la despersonalización que la vida en las grandes urbes produce.

Por otra parte, la familia, en la que antaño convivían varias generaciones, ha pasado a constituir un grupo nuclear que ya no cuenta con los recursos de aquella para subvenir a sus necesidades.

Todo esto unido a la incorporación de la mujer al mundo laboral, son factores determinantes que han influido en la actual crisis de la estructura familiar tradicional. De lo que se deduce la necesidad de que la sociedad y sus instituciones presten un soporte a aquellas familias e individuos, que con mayor o menor continuidad, se encuentran en situaciones tales que requieran el apoyo institucional para superar los momentos de conflicto o crisis. Además, en las grandes ciudades existe una población numerosa de personas mayores viviendo solas, que requiere de una intervención institucional para mantener su *modus vivendi*, Madrid, por ejemplo, según el Padrón Municipal de 1991, tiene 59.067 ancianos que viven solos.

Para realizar el Programa de Ayuda a Domicilio es preciso partir del estudio de necesidades que, se supone, tiene realizado cualquier municipio metropolitano.

El Programa de Ayuda a Domicilio irá dirigido a los diversos sectores susceptibles de necesidad:

- Mujeres
- Niños
- Familias
- Ancianos
- Enfermos
- Cualquier persona con dificultades temporales para permanecer en su domicilio o desenvolverse en su entorno.

#### Organización del Programa

El programa deberá estar enclavado en el Área o Concejalía de Servicios Sociales, puesto que atiende un cometido social específico de los objetivos generales de Bienestar Social encomendado normalmente a Servicios Sociales.

El programa tendrá centralizado todos los aspectos relacionados con la contratación de servicios y toma de decisiones de primer nivel, documentación, evaluación; y, descentralizada la parte de gestión correspondiente a admisión en el mismo y decisiones cercanas al beneficiario.

Los profesionales básicos, dedicados al Servicio de Ayuda a Domicilio son: un diplomado en Trabajo Social por cada 100 usuarios y una oficina de administración con dos auxiliares administrativos. Suponiendo la existencia de una oficina centralizada de Servicios Sociales para todas las prestaciones.

Asimismo, mantendrá una documentación obligatoria que mensualmente será enviada y recogida por los Servicios Centrales del Programa. Estos documentos serán de primer nivel y referidos a las notas básicas del servicio: altas, bajas, usuarios, horas de cada actividad, profesionales que han intervenido, etc. Esta documentación obligatoria estará informatizada y reunirá las condiciones que debe tener toda documentación de claridad, sencillez y uniformidad en su entendimiento.

Al final de cada ejercicio, todas las unidades administrativas tramitarán a instancia su-

perior una memoria de resultados de acuerdo a los objetivos marcados.

### Objetivos del programa

Se marcarán unos objetivos generales complementados con unos de carácter objetivo:

Básicamente los *objetivos generales* serán:

- Fomentar el mantenimiento del individuo en el propio domicilio.
- Potenciar la convivencia del individuo en el propio entorno familiar y social.
- Mejorar la calidad de vida de las personas y familias con escasa autonomía personal, logrando una integración en su medio habitual fomentando la convivencia y participación en la vida comunitaria, evitando el aislamiento.
- Facilitar la participación solidaria de los ciudadanos en tareas sociales.

Los *objetivos específicos* marcarán una serie de pautas y recursos, actuaciones, período de ejecución, indicadores de evaluación y presupuesto.

Estos objetivos irán referidos a una intervención directa de los colectivos más afectados y priorizados en la programación de la Ayuda a Domicilio.

Los objetivos específicos se desprenden de los generales, y a ellos van referidos en sus planteamientos. Deberán en todo momento ser flexibles en sus supuestos prácticos, pudiendo sumarse o multiplicarse en la medida que el gestor quiera aprender o mejorar el Programa planteado.

Sin género de dudas, el colectivo de mayores será uno de los escogidos, por ello se desarrolla algún ejemplo de objetivo específico a cumplir.

### Objetivo específico 1: Ofrecer atención simultánea 5.000 ancianos en Ayuda a Domicilio

Recursos	Actuaciones	Período de ejecución	Indicadores de evaluación
<b>A. Humanos</b> Técnicos de la Concejalía de Servicios Sociales Personal entidades concertadas Técnicos Coordinadores de la Prestación Técnicos de las Unidades de Trabajo Social Barrios	Gestión y Seguimiento de Auxiliar de Hogar  Coordinación con las Unidades administrativas de Ayuda a Domicilio	Anual  Mensual	Nº total casos atendidos por Auxiliar de hogar  Media de horas auxiliares de hogar por usuario  Nº total de casos de lista de espera al finalizar el año Nº reuniones con los Técnicos en Ayuda a Domicilio
<b>B. Materiales</b> Centros de Servicios Sociales	Gestión y seguimiento de los casos atendidos por parte de los Servicios Sociales Generales	Anual	Nº de diseños de intervención  Nº de visitas mensuales del trabajador social con cada usuario
<b>Presupuesto anual:</b> 2.125.000.000. Partida presupuestaria Ayuda a Domicilio			

**Objetivo específico 2:  
Facilitar el transporte semigratuito a los mayores**

Recursos	Actuaciones	Período de ejecución	Indicadores de evaluación
<b>A. Humanos</b> Personal de la Empresa Municipal de Transportes  Técnicos de la Concejalía de Servicios Sociales  <b>B. Materiales</b> Autobuses	Reuniones con la Empresa	Anual	N.º de usuarios para este Servicio  Satisfacción de los usuarios  Nivel de conocimiento de la procedencia del recurso
<b>Presupuesto anual:</b> 17.000.000. Partida presupuestaria Ayuda a Domicilio			

**Objetivo específico 3:  
Ofrecer atención a las personas mayores en servicios complementarios de Ayuda a Domicilio (Lavandería, obras)**

Recursos	Actuaciones	Período de Ejecución	Indicadores de Evaluación
<b>A. Humanos</b> Técnicos de la Concejalía de Servicios Sociales  Técnicos de Coordinación de Ayuda a Domicilio  Técnicos de las Unidades de Trabajo Social de Barrios	Gestión y Seguimiento de contratos de lavandería  Gestión y Seguimiento de contrato establecido con la iniciativa privada para la prestación de obras	Anual  Anual	N.º total de usuarios con prestación de lavandería  Tipología de usuarios según frecuencia de la prestación  N.º total de usuarios con prestación de obras  N.º medio de obras por usuario y año  Importe medio de cada obra  N.º medio de días desde solicitud hasta ejecución  N.º medio días duración por obras  Lista espera final de año
<b>Presupuesto anual:</b> 250.000.000. Partida presupuestaria Ayuda a Domicilio			

**Objetivo específico 4:  
Fomentar la convivencia de los usuarios de la prestación de Ayuda a Domicilio**

Recursos	Actuaciones	Período de Ejecución	Indicadores de Evaluación
<b>A. Humanos</b> Técnicos de la Concejalía de Servicios Sociales	Actividades culturales de ocio y tiempo libre concertadas con la iniciativa social	Anual	N.º de actividades que se realicen  Duración media de la actividad
<b>B. Materiales</b>	Organización de viajes de corta duración	Segundo semestre del año	N.º de asistentes N.º de viajes Duración media de las actividades N.º de asistentes
	Viajes y estancias en balnearios	Septiembre-Octubre	N.º de viajes y estancias Duración media N.º de asistentes
<b>Presupuesto anual:</b> 16.000.000. Partida presupuestaria Ayuda a Domicilio			

**Objetivo específico 5:  
Estimular la participación social de voluntarios en programas de voluntariado en Ayuda a Domicilio**

Recursos	Actuaciones	Período de Ejecución	Indicadores de Evaluación
<b>A. Humanos</b> Técnicos de la Concejalía de Servicios Sociales  Técnicos de Coordinación de Programas	Hacer convenios con ONG's para fomentar el voluntariado en la Ayuda a Domicilio	Anual	N.º de ONG's que se han convenido  N.º de ONG's a los que se ha subvencionado de alguna manera
<b>B. Materiales</b> Centros de Servicios Sociales		Gestión y Seguimiento de actuaciones de voluntarios	N.º de programas que se desarrolla en cada barrio N.º de personas atendidas por la acción voluntaria  N.º de voluntarios que participan  N.º de horas por tipo de actividad
<b>Presupuesto anual:</b> 25.000.000. Partida presupuestaria Ayuda a Domicilio			

---

## Presupuesto

El presupuesto se compone de cuatro capítulos presupuestarios que son el I, II, IV y VI de acuerdo con las normas actuales de contabilidad en el modelo de Administración Local. El desarrollo del presupuesto irá marcado por el sueldo de los técnicos y demás personal que interviene en el Programa, así como la utilización de locales para desarrollo del Programa con sus gastos de mantenimiento y de inversión incluidos. Las entidades contratantes tendrán un presupuesto máximo que será fijado a la hora de contratar y rellenar los pliegos de condiciones. Como base de cálculo puede establecerse una media de 35 horas mensuales por usuario del Servicio de Ayuda a Domicilio que, multiplicado por el precio/hora que se considere digno, nos dará el precio estipulado para el número de usuarios a los que se ha de ofertar servicios.

Tanto en la Ordenanza Municipal como en las Cláusulas Técnicas se desarrollarán con más extensión los baremos a aplicar con el objeto de confeccionar el presupuesto globalizado.

## **Ordenanza Municipal**

La Ordenanza Municipal aprobada en Pleno del Ayuntamiento debe desarrollar unos conceptos y premisas básicas, partiendo de las Leyes de Bases para las Corporaciones Locales.

De entrada ha de marcar *el objeto* del Servicio de Ayuda a Domicilio, cual es garantizar al ciudadano el *derecho a percibir la Ayuda a Domicilio en el marco de criterios objetivos y garantías de calidad*.

Este objetivo intentará prevenir situaciones de crisis personal y familiar mediante la prestación de una serie de atenciones de carácter doméstico, de apoyo psicológico y rehabilitación a los individuos o familiares que se hallen en situaciones de especial necesidad, facilitando autonomía personal en el medio habitual.

Como se trata de un servicio público, está financiado por el Ayuntamiento y no es un

servicio de carácter esporádico, dirigido a todos los ciudadanos, potenciando con ello una atención desinstitucionalizada, sin desarraigo del medio habitual: su domicilio.

Este objeto marcado, hace que se configure como un verdadero Servicio Social Público y, aunque más adelante se hablará de los presupuestos, no está de más recordar que su amplitud exige unos presupuestos acordes al objeto descrito. Éste, llevará aparejada la organización del Servicio por parte del Ayuntamiento, ubicada en el Departamento de Servicios Sociales como centro de distribución de competencias; dicha unidad administrativa deberá tener el personal adecuado al volumen de gestión que necesite.

El trabajador social de Ayuda a Domicilio informará y detectará cuantos casos vayan llegando a su servicio, procurando siempre evaluar prioridades. A su vez, el Servicio tendrá una definición de tipologías de usuarios que servirá para normalizar administrativamente el Servicio.

Se proponen las siguientes tipologías, que se acercan al modelo práctico de algunos ayuntamientos metropolitanos.

### Tipologías a describir en la Ordenanza

#### A) PROBLEMÁTICA FÍSICA

- *Grupo 0:* Situación satisfactoria.
- *Grupo 1:* Tiene alguna dificultad en los actos diarios, por lo que en ocasiones necesita ayuda. Camina con bastón o similar. Continencia total o esporádica incontinencia. Déficit visual.
- *Grupo 2:* Grave dificultad en los actos de la vida diaria. Camina difícilmente ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional. Grave déficit visual. Grave déficit auditivo.
- *Grupo 3:* Necesita ayuda en casi todos los actos cotidianos. Camina ayudado con extrema dificultad (dos personas). Incontinencia habitual. Ceguera, inmovilidad en cama o sillón. Necesita cuidados continuos de enfermería.



---

## B) GRADO DE DETERIORO PSÍQUICO

- *Grupo 0*: Situación satisfactoria.
- *Grupo 1*: Desorientación en el tiempo. La conversación es posible pero no perfecta. Conoce bien a las personas aunque a veces olvida alguna cosa. Trastornos de carácter sobre todo si se disgusta. Incontinencia ocasional.
- *Grupo 2*: Desorientación importante. Imposible mantener conversación lógica. Confunde a las personas. Claros trastornos de humor. A veces hace cosas que no parecen explicables.
- *Grupo 3*: Desorientación. Claras alteraciones mentales que la familia o el médico califican ya de demencia. Incontinencia habitual o total. Demencia total con desconocimiento de las personas, etc. Vida poco menos que vegetativa.

## C) SITUACIÓN DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL

- *Grupo A*: Convive con persona válida (grupo 0 de deterioro físico o psíquico).
- *Grupo B*: Vive solo.
- *Grupo C*: Vive con persona del Grupo 1 de deterioro físico o psíquico.
- *Grupo D*: Vive con persona incluida en los grupos 2 y 3 de deterioro físico o psíquico.

Otro capítulo a desarrollar por la Ordenanza es el de los requisitos generales de los usuarios o beneficiarios del Servicio de Ayuda a Domicilio que básicamente serán:

- Estar empadronado en el Ayuntamiento.
- Solicitar prestación del servicio de Ayuda a Domicilio.
- Manifestar un estado de necesidad que precise la ayuda domiciliaria.
- No presentar un estado de deterioro físico o psíquico tal que necesite más de un internamiento asistido y continuado que de una Ayuda a Domicilio.
- Residir en una vivienda que tenga unas condiciones de habitabilidad que posibiliten la prestación del servicio en unas condiciones higiénicas aceptables.

La Ordenanza Municipal desarrollará también las prestaciones comprendidas en la Ayuda a Domicilio. Estas prestaciones cubrirán dos capítulos esenciales, el de *atención personal* y *atención del hogar*, y otros complementarios a los mismos.

En *atención personal* se incluirá el aseo, cambio de ropa, lavado del cabello e higiene habitual. Esta higiene, si se trata de encamados o incontinentes, será especial a fin de evitar úlceras o enfermedades derivadas. Ayuda y apoyo en la movilización en la casa, así como acompañamiento o visitas terapéuticas. Apoyo a las actividades normales propias de la convivencia del usuario. Aquí las organizaciones no gubernamentales con su voluntariado desarrollarán el programa que más adelante se describirá.

En *atención del hogar* se incluirá limpieza en la vivienda, lavado, repaso y planchado de ropa, traslado a lavandería de ropa sucia. Realización de compras domésticas, cocinado de alimentos o su transporte a domicilio. Reparación menor de utensilios domésticos y de utilización personal que el usuario por su limitación no pueda atender y no sea precisa la intervención de un especialista. Cualquier actividad, en general, necesaria para el normal funcionamiento del hogar.

Además de estas actividades esenciales y básicas, la Ordenanza asumirá prestaciones complementarias de lavandería, obras y servicio de alarma automática, así como otros servicios que puedan completar la atención personalizada descrita. Lavandería y obras conlleva lavado y planchado de ropa, así como el transporte de ésta a los usuarios. Estas prestaciones complementarias ayudan a cumplir el *objeto* de la Ordenanza. Una obra de albañilería sencilla puede significar una adaptación en puertas, ventanas, techos, servicios higiénicos, inodoros, etc., que facilite la movilidad habitual del usuario.

En cuanto a la prestación complementaria de alarmas automáticas en domicilios, será una buena ayuda para personas que viven solas o presenten necesidades técnicamente

indicadas para esta prestación. Las alarmas permitirán una comunicación bidireccional con altavoz si es preciso y comunicador de muñequera o medallón, a su vez llevarán indicadores adicionales de situaciones de peligro como escapes de gas, incendio e intrusión, no utilización de sanitarios y programador de llamadas telefónicas. La central de llamadas estará en servicio durante las 24 horas del día y se atenderá mediante una unidad móvil de emergencias.

Otro capítulo importante de la Ordenanza Municipal de Ayuda a Domicilio corresponde a las tarifas del Servicio, tanto para las prestaciones básicas como complementarias. En dichas tarifas se estipulará el procedimiento para determinar la cantidad a aportar por el usuario, así como el modo de hacerlo.

La aportación del usuario estará en función de unos baremos previamente determinados según las necesidades previstas. El baremo se puede hacer de acuerdo al número de horas y servicios prestados, conjugado con la renta mensual, estableciendo unos máximos que no se sobrepasarán.

Un ejemplo podía ser el siguiente:

Renta mensual per cápita (ptas.)	Aportación usuario (%)	Aportación máxima sobre renta mensual per cápita (%)
Hasta 35.000	0	–
De 35.001 a 40.000	5	20
De 40.001 a 50.000	10	20
De 50.001 a 60.000	25	25
De 60.001 a 70.000	40	25
De 70.001 a 80.000	60	30
De 80.001 a 100.000	75	30
Más de 100.000	100	40

Según este baremo la aportación del usuario al Ayuntamiento resulta de la aplicación de un porcentaje sobre el importe mensual de la prestación recibida. Este importe se obtiene multiplicando el precio/hora, en vigor en cada momento, por el número de horas de

servicio prestadas al usuario cada mes. El referido porcentaje se determina en función de la renta mensual per cápita, lo cual se obtiene sumando todos los ingresos mensuales de todos y cada uno de los miembros que conviven con el usuario, incluso él mismo, dividiendo el total por el número de miembros. En caso de que el usuario viva solo se dividirá por 1,5.

Finalmente, la Ordenanza de Ayuda a Domicilio establecerá un capítulo de Derechos y Deberes del usuario del Servicio de Ayuda a Domicilio, así como el procedimiento sancionador. El usuario tiene derecho a recibir atención domiciliaria según los términos y la periodicidad fijadas por los técnicos municipales, y a que ésta se realice con arreglo a las normas de buena fe y diligencia. Asimismo, el usuario deberá comunicar cualquier anomalía en la prestación recibida, y abonar la cantidad estipulada en aplicación de las tarifas vigentes.

Serán causas de exclusión la renuncia por parte del usuario, la pérdida de las condiciones necesarias para el disfrute del servicio, o la falta de pago de las cantidades establecidas por el Ayuntamiento.

### ***Cláusulas técnicas del contrato de Prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio***

#### *Prestación de Auxiliar de Ayuda a Domicilio*

Estas cláusulas van referidas al cumplimiento del objetivo de *atención al hogar* y *atención personal*; la *atención al hogar* conlleva limpieza de la vivienda, lavado, repaso y planchado de ropa, recogida de ropa sucia para su traslado al servicio de lavandería, realización de compras, cocinado de alimentos y reparación de utensilios averiados de manera imprevista. La *atención personal* incluye cambio de ropa, lavado de cabello y lo que requiera higiene habitual; ayuda o apoyo de la movilización en la casa; visitas terapéuticas y recogida de recetas.

Para realizar esta prestación se harán concursos públicos para que las empresas del

indicadas para esta prestación. Las alarmas permitirán una comunicación bidireccional con altavoz si es preciso y comunicador de muñequera o medallón, a su vez llevarán indicadores adicionales de situaciones de peligro como escapes de gas, incendio e intrusión, no utilización de sanitarios y programador de llamadas telefónicas. La central de llamadas estará en servicio durante las 24 horas del día y se atenderá mediante una unidad móvil de emergencias.

Otro capítulo importante de la Ordenanza Municipal de Ayuda a Domicilio corresponde a las tarifas del Servicio, tanto para las prestaciones básicas como complementarias. En dichas tarifas se estipulará el procedimiento para determinar la cantidad a aportar por el usuario, así como el modo de hacerlo.

La aportación del usuario estará en función de unos baremos previamente determinados según las necesidades previstas. El baremo se puede hacer de acuerdo al número de horas y servicios prestados, conjugado con la renta mensual, estableciendo unos máximos que no se sobrepasarán.

Un ejemplo podría ser el siguiente:

Renta mensual per cápita (ptas.)	Aportación usuario (%)	Aportación máxima sobre renta mensual per cápita (%)
Hasta 35.000	0	—
De 35.001 a 40.000	5	20
De 40.001 a 50.000	10	20
De 50.001 a 60.000	25	25
De 60.001 a 70.000	40	25
De 70.001 a 80.000	60	30
De 80.001 a 100.000	75	30
Más de 100.000	100	40

Según este baremo la aportación del usuario al Ayuntamiento resulta de la aplicación de un porcentaje sobre el importe mensual de la prestación recibida. Este importe se obtiene multiplicando el precio/hora, en vigor en cada momento, por el número de horas de

servicio prestadas al usuario cada mes. El referido porcentaje se determina en función de la renta mensual per cápita, lo cual se obtiene sumando todos los ingresos mensuales de todos y cada uno de los miembros que conviven con el usuario, incluso él mismo, dividiendo el total por el número de miembros. En caso de que el usuario viva solo se dividirá por 1,5.

Finalmente, la Ordenanza de Ayuda a Domicilio establecerá un capítulo de Derechos y Deberes del usuario del Servicio de Ayuda a Domicilio, así como el procedimiento sancionador. El usuario tiene derecho a recibir atención domiciliaria según los términos y la periodicidad fijadas por los técnicos municipales, y a que ésta se realice con arreglo a las normas de buena fe y diligencia. Asimismo, el usuario deberá comunicar cualquier anomalía en la prestación recibida, y abonar la cantidad estipulada en aplicación de las tarifas vigentes.

Serán causas de exclusión la renuncia por parte del usuario, la pérdida de las condiciones necesarias para el disfrute del servicio, o la falta de pago de las cantidades establecidas por el Ayuntamiento.

### ***Cláusulas técnicas del contrato de Prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio***

#### ***Prestación de Auxiliar de Ayuda a Domicilio***

Estas cláusulas van referidas al cumplimiento del objetivo de *atención al hogar* y *atención personal*; la *atención al hogar* conlleva limpieza de la vivienda, lavado, repaso y planchado de ropa, recogida de ropa sucia para su traslado al servicio de lavandería, realización de compras, cocinado de alimentos y reparación de utensilios averiados de manera imprevista. La *atención personal* incluye cambio de ropa, lavado de cabello y lo que requiera higiene habitual; ayuda o apoyo de la movilización en la casa; visitas terapéuticas y recogida de recetas.

Para realizar esta prestación se harán concursos públicos para que las empresas del

## B) GRADO DE DETERIORO PSÍQUICO

- *Grupo 0*: Situación satisfactoria.
- *Grupo 1*: Desorientación en el tiempo. La conversación es posible pero no perfecta. Conoce bien a las personas aunque a veces olvida alguna cosa. Trastornos de carácter sobre todo si se disgusta. Incontinencia ocasional.
- *Grupo 2*: Desorientación importante. Imposible mantener conversación lógica. Confunde a las personas. Claros trastornos de humor. A veces hace cosas que no parecen explicables.
- *Grupo 3*: Desorientación. Claras alteraciones mentales que la familia o el médico califican ya de demencia. Incontinencia habitual o total. Demencia total con desconocimiento de las personas, etc. Vida poco menos que vegetativa.

## C) SITUACIÓN DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL

- *Grupo A*: Convive con persona válida (grupo 0 de deterioro físico o psíquico).
- *Grupo B*: Vive solo.
- *Grupo C*: Vive con persona del Grupo 1 de deterioro físico o psíquico.
- *Grupo D*: Vive con persona incluida en los grupos 2 y 3 de deterioro físico o psíquico.

Otro capítulo a desarrollar por la Ordenanza es el de los requisitos generales de los usuarios o beneficiarios del Servicio de Ayuda a Domicilio que básicamente serán:

- Estar empadronado en el Ayuntamiento.
- Solicitar prestación del servicio de Ayuda a Domicilio.
- Manifestar un estado de necesidad que precise la ayuda domiciliaria.
- No presentar un estado de deterioro físico o psíquico tal que necesite más de un internamiento asistido y continuado que de una Ayuda a Domicilio.
- Residir en una vivienda que tenga unas condiciones de habitabilidad que posibiliten la prestación del servicio en unas condiciones higiénicas aceptables.

La Ordenanza Municipal desarrollará también las prestaciones comprendidas en la Ayuda a Domicilio. Estas prestaciones cubrirán dos capítulos esenciales, el de *atención personal* y *atención del hogar*, y otros complementarios a los mismos.

En *atención personal* se incluirá el aseo, cambio de ropa, lavado del cabello e higiene habitual. Esta higiene, si se trata de encamados o incontinentes, será especial a fin de evitar úlceras o enfermedades derivadas. Ayuda y apoyo en la movilización en la casa, así como acompañamiento o visitas terapéuticas. Apoyo a las actividades normales propias de la convivencia del usuario. Aquí las organizaciones no gubernamentales con su voluntariado desarrollarán el programa que más adelante se describirá.

En *atención del hogar* se incluirá limpieza en la vivienda, lavado, repaso y planchado de ropa, traslado a lavandería de ropa sucia. Realización de compras domésticas, cocinado de alimentos o su transporte a domicilio. Reparación menor de utensilios domésticos y de utilización personal que el usuario por su limitación no pueda atender y no sea precisa la intervención de un especialista. Cualquier actividad, en general, necesaria para el normal funcionamiento del hogar.

Además de estas actividades esenciales y básicas, la Ordenanza asumirá prestaciones complementarias de lavandería, obras y servicio de alarma automática, así como otros servicios que puedan completar la atención personalizada descrita. Lavandería y obras conlleva lavado y planchado de ropa, así como el transporte de ésta a los usuarios. Estas prestaciones complementarias ayudan a cumplir el *objeto* de la Ordenanza. Una obra de albañilería sencilla puede significar una adaptación en puertas, ventanas, techos, servicios higiénicos, inodoros, etc., que facilite la movilidad habitual del usuario.

En cuanto a la prestación complementaria de alarmas automáticas en domicilios, será una buena ayuda para personas que viven solas o presenten necesidades técnicamente

---

sector puedan optar con las mismas condiciones, para ello cumplirán con los deberes impuestos por el Reglamento General de Contratación del Estado, como es, hallarse al corriente de sus obligaciones fiscales y de Seguridad Social, tener capacidad legal de contratación y concurrir a la adjudicación cumpliendo con lo requerido en la memoria de calidad. Normalmente debe pedirse: descripción de estructura de la entidad, estatutos y/o escritura notarial de Constitución, en los que se señalen el proyecto de organización de los servicios objeto del contrato y oferta económica, sede social, personal y asunción de los costes derivados de la relación de dependencia de dicho personal, así como todas las responsabilidades laborales, civiles y contractuales.

Uno de los elementos clave de las Cláusulas Técnicas es la relación entre la Corporación Municipal y empresa contratada para la Ayuda a Domicilio, de tal manera que la Organización del Servicio dependerá en la práctica del cumplimiento de esta cláusula técnica. En ella debe quedar muy claro que los técnicos municipales del Servicio de Ayuda a Domicilio son los encargados de la valoración de cada caso y del diseño de intervención, así como de la evaluación continuada, de los cambios precisos y de la conclusión de los casos. Estableciendo horarios, asignación de servicio al usuario y dando por escrito el mandato concreto sobre su domicilio, persona beneficiaria, número de horas y periodicidad con que ha de prestarse el servicio, horario en aquellas prestaciones que lo requieran (levantar, acostar, comida, acompañamiento al médico y otros similares) así como las prestaciones específicas de la atención.

La entidad prestadora del Servicio de Ayuda a Domicilio comunicará también por escrito al Ayuntamiento el comienzo de la prestación, quien a su vez notificará al usuario la fecha y hora de la primera prestación. En caso de extrema urgencia, el servicio habrá de prestarse dentro de las primeras 48 horas.

Para una correcta coordinación del Servicio, la entidad asignará un coordinador por cada 100 usuarios, dicho coordinador tendrá capacitación y conocimientos técnicos del servicio y una titulación mínima de diplomatura universitaria, dirigirá las actividades y controlará el correcto desarrollo de las prestaciones asignadas a cada usuario por los técnicos municipales. Mantendrá constantemente informados a los responsables del Servicio asumiendo las directrices que el Ayuntamiento dicte a la entidad en todo lo referente a la adecuada atención a cada usuario y la buena marcha del Servicio en general.

Los técnicos responsables del Ayuntamiento podrán contactar con la entidad siempre que lo consideren necesario, ya sea para recabar información sobre los usuarios o de la marcha general del Servicio, promoviendo las reuniones convenientes y comprobando la materialización y calidad de los servicios prestados.

En todo caso el Ayuntamiento ostentará la potestad de:

- a) Ordenar discrecionalmente las modificaciones en la prestación que aconseje el interés público y, particularmente, la calidad, cantidad, tiempo y lugar de las prestaciones en que consiste el servicio.
- b) Fiscalizar la gestión de la entidad encargada, inspeccionando el servicio y documentación relacionada con el mismo y dictar las órdenes para mantener o restablecer la debida prestación.
- c) Imponer las correcciones pertinentes a las infracciones cometidas.
- d) Suprimir el servicio.

La entidad contratada para la Ayuda a Domicilio tendrá unas obligaciones generales que se plasmarán en esta cláusula técnica y que básicamente serán las siguientes:

- a) Prestará el servicio del modo dispuesto en el contrato, incluso en el caso de que circunstancias sobrevenidas e imprevisibles ocasionaran una subversión en la economía del contrato.

- b) Admitirá el goce del servicio a toda persona que cumpla las condiciones estipuladas en el pliego de condiciones.
- c) La entidad no podrá subarrendar, ceder o traspasar los derechos y obligaciones del contrato.
- d) Disponer de los medios personales y materiales suficientes.
- e) Hallarse al corriente de pago en sus responsabilidades fiscales y de Seguridad Social.
- f) Remitir la documentación estipulada y con la periodicidad pedida.

El contrato también marcará en otra cláusula del pliego de condiciones las relaciones con el usuario y cuidará de cumplir con toda la legislación de Seguridad e Higiene establecida.

El régimen sancionador será otra de las cláusulas del pliego de condiciones, dividiendo las faltas en leves, graves y muy graves, así como la autoridad competente para imponerlas.

Finalmente, se establecerá el precio del Servicio tanto en días laborables como festivos, estipulando pesetas/hora de servicio. En estos momentos parece una cantidad razonable 1.450 pesetas/hora el día laborable y 2.175 pesetas/hora el día festivo. Al finalizar el año se estipulará la subida en relación al Índice de Precios al Consumo Nacional correspondiente al ya transcurrido.

Se establecerá el importe máximo del contrato y la aplicación al crédito asignado a la partida designada, del subprograma correspondiente del Presupuesto municipal.

Debe quedar bien consignado el plazo del contrato y las posibilidades de prórroga del mismo, así como la forma de pago, y la vía recaudatoria, naturalmente se efectuará por mensualidades vencidas de acuerdo con los servicios prestados. La presentación de facturas deberán ser debidamente visadas y conformadas cumpliendo con los requisitos contables necesarios al caso.

El pliego de condiciones para las prestaciones complementarias de lavandería, obras y alarmas pueden tener el mismo esquema descrito para las prestaciones básicas, dife-

renciando las condiciones y contratos lógicos en dicho servicio.

### ***Cooperación con ONG's para el voluntariado social en la Ayuda a Domicilio***

La participación de ONG's en el servicio de Ayuda a Domicilio municipalista eleva la categoría de dicho servicio hasta completar actividades y acciones que sin su presencia serían imposibles de realizar.

Las ONG's ponen a disposición del Programa un voluntariado que, regulado debidamente, completan el ciclo de tratamiento individual y familiar en el domicilio. Para ello es necesario realizar un convenio con las ONG's dispuestas a colaborar con el municipio. Este convenio puede contar con los siguientes capítulos descriptivos:

#### Fundamentación

Existen familias necesitadas de apoyo institucional para superar dificultades, este apoyo se presta mediante unos recursos humanos y materiales. Un exceso de intervención institucionalizada puede provocar la inhibición de la solidaridad en los sectores sociales, la acción vecinal y familiares cercanos.

El voluntariado evitará con su actuación el aislamiento y facilitará su movilidad e integración en el medio. Para ello no se limitará a actuar en el domicilio del receptor, sino que le animará hacia la participación en las acciones que se llevan a cabo en su entorno más próximo y a que se relacione con otras personas en parecidas circunstancias, fomentando de este modo la integración y autoayuda.

#### Definición

El voluntariado en la Ayuda a Domicilio forma parte de cualquier programa global, polivalente, con los objetivos preventivos de paliar situaciones de crisis personal y familiar prestando una serie de atenciones de carácter doméstico, personal y familiar, difíciles de realizar fuera del ámbito del voluntariado.

---

## Objetivos

Generales y específicos. Estos objetivos básicamente serán los de complementar las acciones básicas que desarrollen las distintas Administraciones Públicas y facilitar la participación solidaria de los ciudadanos en tareas sociales.

A su vez, facilitará un tiempo de descanso a las familias con miembros totalmente dependientes en su seno, servirá de enlace entre las personas atendidas y el entorno socio-familiar y recursos comunitarios.

## Actividades

Las actividades se definirán hasta el mínimo detalle de actuación para evitar conflictos innecesarios. Pueden diferenciarse entre «Fuera del domicilio» y «Dentro del domicilio».

*Fuera del domicilio* para acompañar en la realización de gestiones a personas con problemas de autonomía personal.

Compañía en actividades de ocio y convivencia a personas que puedan permanecer solas durante una actividad lúdica, pero con dificultades de acceso. Apoyo a las familias, facilitando el ocio y el descanso a los miembros que permanecen constantemente con el minusválido o enfermo.

*Dentro del domicilio*, hacer compañía realizando lecturas, escribiendo cartas, juegos de mesa, etc., o fomentando ocupaciones y aficiones personales. A su vez, puede servir de apoyo a la familia en pequeños quehaceres en el hogar o reparaciones sencillas.

Otra actividad que pueden cubrir las ONG's es el transporte de vehículos especiales tanto para el traslado al trabajo como participación en ocio y tiempo libre.

## Documentación

Todos los servicios encomendados a las ONG's en la Ayuda a Domicilio forman parte de un servicio global y, por tanto, tiene una parte documental de necesaria cumplimentación por los responsables. Básicamente será:

- Solicitud del Servicio, con descripción de las necesidades, especificando las mismas, si es en el domicilio o fuera del mismo. Tiempo previsto de colaboración y número de voluntarios necesarios. Una ficha de usuario, con todas las características de identificación y responsables de cada una de las cuestiones planteadas del mismo.

## Presupuesto

El presupuesto de las ONG's se realizará con arreglo a los siguientes capítulos contables:

- Formación.
- Transporte y Seguro.
- Complementos de salida (bocadillos, salidas, etc.)
- Organización (personal, local, profesional al cargo, etc.)

Este presupuesto será liberado con un capítulo dentro de Ayuda a Domicilio, titulado Servicio de Voluntariado en la Ayuda a Domicilio dentro de la partida Servicio Social de Ayuda a Domicilio.

## Evaluación

Como todas las prestaciones del servicio de Ayuda a Domicilio mantendrá una evaluación constante y otra final o memoria donde se recogerán los aspectos desarrollados así como las dificultades surgidas a lo largo del período de tiempo establecido. Mediante ambas evaluaciones los técnicos municipales reorientarán el servicio que describimos.

## **Conclusión**

Existe la preocupación sobre si es más rentable el ofrecer Ayuda a Domicilio mediante contrata de empresas, o mediante servicios funcionariales. En este trabajo, se considera que ambos aspectos son necesarios y compatibles si se quiere desarrollar un auténtico Servicio Social de derecho ciudadano y si, además, se quiere realizar éste con garantías de calidad, profesionalidad y eficacia.

El modelo presentado es precisamente la integración de dichos aspectos y su complementariedad con el voluntariado de solidaridad social en el marco de un diseño de Servicio Social Público Municipal.

La oferta del presente modelo es fruto de la experiencia normativa que ha sido desarrollada en los países europeos, analizada en el tercer capítulo de este trabajo y las experiencias de gestión municipal mencionadas y presentadas en el capítulo cuarto. A estas experiencias se han incorporado las reflexiones realizadas por equipos profesionalizados en la Ayuda a Domicilio, que han aportado a través de documentos, jornadas o seminarios el desarrollo técnico y político-social que la Ayuda a Domicilio demanda. Como se verá en la bibliografía, la mayor parte de documentos consultados son «documentación gris», ya que las experiencias se van sucediendo pero no existe un «corpus» de doctrina consagrada, por la diversidad de formas y modelos de aplicación del Servicio de Ayuda a Domicilio. En la medida que vaya avanzando la implantación de un modelo eficaz, podremos trascender la experiencia a ediciones de divulgación y podrán aumentarse las argumentaciones jurídicas, sociales y comunitarias importantes.

## Bibliografía

- AYUNTAMIENTO DE MADRID: *Programa de Ayuda a Domicilio*. Programación: 1984-1986-1987-1988-1989-1990. Departamento de Estudios y Análisis. Negociado: Documentación y Publicaciones (Documentación interna). Área de Servicios Sociales y Comunitarios.
- AYUNTAMIENTO DE MADRID. (Concejalía de Servicios Sociales): *El Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal*. Curso de Formación para auxiliares de Ayuda a Domicilio. Madrid 1985. (Documentación interna). Negociado: Documentación y Publicaciones. Área de Servicios Sociales y Comunitarios
- SANTIAGO DE PABLO, F. Javier, ALONSO TORRENS, Javier y otros: *Evaluación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el municipio de Madrid*. Negociado: Documentación y Publicaciones (Documentación interna). Madrid 1985. Área de Servicios Sociales y Comunitarios del Ayuntamiento de Madrid.
- AYUNTAMIENTO DE MADRID. (Concejalía de Servicios Sociales): *Cursos para Auxiliares de Ayuda a Domicilio*. Madrid 1986. Ed. Imprenta Municipal del Ayuntamiento de Madrid (Documentación interna).
- GARCÍA LUZ, Benjamín y MARTÍNEZ PARICIO, Jesús I.: *El Servicio de Ayuda a Domicilio. Prestaciones sociales y voluntariado*. Negociado: Documentación y Publicaciones (Documentación interna). Madrid 1990. Área de Servicios Sociales y Comunitarios del Ayuntamiento de Madrid.
- AYUNTAMIENTO DE MADRID. (Área de Servicios Sociales): *Jornadas Internacionales de Ayuda a Domicilio*. Noviembre 1990. Editorial: Imprenta Municipal del Ayuntamiento de Madrid.
- PLATAFORMA DE PROMOCIÓN DEL VOLUNTARIADO: *Voluntariado y Ayuda a Domicilio. Prestaciones Sociales y Voluntariado*. Jornadas 17-19 de junio de 1988. Colección «Documentos de Trabajo» n.º 3. (Documentación interna.) Madrid 1988.
- DIRECCIÓN GENERAL DE ACCIÓN SOCIAL: «El Voluntariado Social en la Ayuda a Domicilio. Programa de Cruz Roja Española en cooperación con el Ministerio de Asuntos Sociales». *Revista Cuadernos de Acción Social*. Madrid. Nº 19, julio-septiembre, Ministerio de Asuntos Sociales, págs. 64-70.
- «La Ayuda a Domicilio en el distrito madrileño de Tetuán». *Cuadernos de Acción Social*, Madrid. Nº 20, octubre-diciembre, Ministerio de Asuntos Sociales, págs. 68-74.
- INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES: *Servicio Social de Tercera Edad. Documentación del grupo de Trabajo de Ayu-*



- da a Domicilio*. Seminario Internacional de Servicios de Ayuda a Domicilio. INSERSO. (Documentación interna). Ministerio de Asuntos Sociales. 1983.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES: «I Congreso Europeo sobre el voluntariado en la Ayuda a Domicilio». 26-29 de octubre 1988. *Cuadernos de Trabajo*, n.º 4. Intervenciones: INSERSO, Asociación Nuestra Señora de la Esperanza Auxilia, Cruz Roja Española, etc. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid 1988.
- FEMP (Federación Nacional de Municipios y Provincias): *II Jornadas de Administración Local en Servicios Sociales*. Mahón 20-22 de abril de 1989. (Documentación interna). Ediciones FEMP. Madrid 1990.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES: *Servicio Social de Ayuda a Domicilio. Primeras Jornadas Internacionales*. Editorial Siglo XXI. Colección Trabajo Social. Serie Documentos, n.º 5, Madrid 1987.
- VAL, L. Alfredo: «Integración social y ayuda al anciano en casa». *Revista Puerta del Sol de Madrid*, n.º 10, mayo-junio, págs. 50-51. Comunidad de Madrid. Madrid 1987.
- LINARES MÁRQUEZ DEL PRADO, Dolores: «Prescripciones de los Servicios Sociales (en especial referencia Ayuda a Domicilio)». *Cuadernos de Acción Social*, vol. I, n.º 2 noviembre, págs. 6-10. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid 1986.
- FERRER HERNÁNDEZ, María del Carmen: «Las atenciones a la tercera edad, el ejemplo sueco, holandés y belga». INAS, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid 1982.
- ROU COULLES, G y PERLE MUTER, L.: *Dictionnaire pratique des soins et du soutien en domicile*. Editorial Masson. París 1990.
- BONAMY, G. Bernardette: *La travailleuse familiale*. Editorial Eres. Toulouse (Francia) 1986.
- DIREZIONE GENERALE SERVICE CIVILI: *I servizi di assistenza domiciliare. Indagine conoscitiva in 88 ante soceli a cure dell' ufficio studii delle direzione generale servizi civili del Minsterie dell' Interno*. Ministerio Interno (Documentación interna). Roma 1984.
- VILA, Luis y GRIFFITIEHS, Boy: «La atención domiciliaria local, una presentación del informe Griffitieh's». Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Complutense. *Cuadernos de Trabajo Social*, n.º 2. Madrid 1989.
- FONDO DOCUMENTAL DE TESINAS. Master de Servicios Sociales de la Universidad Complutense. René Solís: *La prestación de Ayuda a Domicilio*. Gustavo García: *Evaluación de la Ayuda a Domicilio*.



## ELEMENTOS DE REFLEXIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL: EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL

**Nota:** Comunicación presentada en las V Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural.

Creo que no sería nada original, ni descubriría algo que no conociesen todos aquellos que estuviesen mínimamente enterados de lo que sucede a su alrededor, si empezase mi reflexión en estas *V Jornadas sobre Servicios Sociales en el Medio Rural* refiriéndome a que el medio rural vive una situación de crisis. Para algunos, una crisis irreversible con profundas consecuencias negativas en el medio rural y, para otros, una crisis coyuntural que, como toda tormenta pasajera, pasará para dejar la puerta abierta a «futuros» que se pronostican esperanzadores.

Entre unas posturas y otras, entre unos discursos y otros más o menos fundamentados en hechos reales, se encuentra la realidad insoslayable que nos delata un ambiente de crispación social: conflictos latentes en el medio rural que van estallando por doquier.

Y como en todo conflicto social, los protagonistas del mismo viven con mejor o peor fortuna las consecuencias, ya sean positivas o negativas —no siempre los conflictos sociales conllevan consecuencias negativas—

que vayan derivándose del mismo. Los colectivos del medio rural —llámense población activa, jubilados, mujeres, jóvenes o niños— se nos presentan, pues, como los protagonistas de un argumento que muchas veces ni ellos mismos se encargan de escribir. Y mucho menos de dirigir.

En situaciones de cambio social —y hoy día nos encontramos con uno de esos momentos de cambio profundo en el medio rural— es difícil encontrar situaciones individuales, familiares o grupales que no nos delaten sobre las consecuencias negativas, medidas en términos de calidad de vida y/o de bienestar social, de los colectivos antes enumerados.

En este contexto, se nos plantea un interrogante muy simple: ¿cuál es el papel del profesional del Trabajo Social, aquí y ahora, en un espacio específico y concreto cual es el medio rural? Se habla de las repercusiones de nuestra entrada en la CEE en todos los ámbitos de la vida social española. En este sentido, ¿cómo puede incidir el Mercado Único, o más concretamente ciñéndonos al

---

marco espacial y/o vital del medio rural, cómo va a repercutir la famosa PAC (Política Agrícola Comunitaria) en los colectivos del medio rural y, por ende, en el aumento o disminución del bienestar social de los mismos? ¿Tendrá que reflexionar el trabajador social sobre todo este tipo de procesos estructurales? ¿Pueden influir en su práctica cotidiana, y si lo hacen, cómo y de qué manera?

Muchos interrogantes que voy a intentar dar respuesta a través de un hilo conductor muy simple. Centraré mi discurso en torno a los Servicios Sociales en el medio rural considerando los bajo la hipótesis de ser «la asignatura pendiente de la política social»; al mismo tiempo reflexionaré sobre la posibilidad de una enseñanza específica para el trabajador social que desarrolle su labor profesional en el medio rural.

Para conseguir este objetivo o meta final considero pertinente —imprescindible, diría yo— recorrer un camino previo que nos conduzca a través de dos cuestiones fundamentales que nos ayuden a dar consistencia teórica y práctica al discurso central. Con ello se alude a una serie de referencias teóricas y principios orientadores que deben marcar la tarea planificadora de políticas sociales, ya sea a nivel general como, en el caso que nos ocupa, a un nivel más concreto como es el del medio rural.

### **Referencias teóricas que deben coadyuvar al desarrollo práctico de la labor profesional del trabajador social y que tienen su incidencia, lógicamente, en la misma tarea a desarrollar en el medio rural**

En cualquier tarea planificadora es primordial reflexionar, primeramente, sobre ciertos principios teóricos que fundamenten la labor práctica del trabajador social. No comparto la tesis que sustentan ciertos profesionales del trabajo diario, que tienen que enfrentarse,

cara a cara, con las situaciones de pobreza o marginación social, de la inutilidad de la reflexión teórica. Lejos de ser verdad semejante afirmación, me atrevería a decir que existen infinidad de argumentos que invalidan semejantes posturas profesionales. Pero a fuerza de ser sintéticos, consideramos conveniente reflexionar sobre:

a) *El propio objeto-campo del Trabajo Social.*

Alguien dirá que es una polémica que ya no tiene sentido. Sin embargo, y sin ánimo de entrar en polémicas estériles, sí considero primordial pararnos a reflexionar sobre si el profesional del Trabajo Social puede prescindir del resto de profesionales que muchas veces «pisan» nuestro propio campo de actuación. Se me dirá que no, claramente, y, sin embargo, en la práctica diaria observamos cómo intentamos «parcelar» nuestro campo de actuación, como si la realidad social —y, sobre todo, con la que nos toca bregar— pudiese ser compartimentalizada. Cuando así se actúa, estamos corriendo un riesgo muy grave que, posteriormente, intentaré poner de manifiesto.

b) *Conceptos clave que nos ayudan para la comprensión de los hechos o fenómenos sociales con los que nos manejamos diariamente.* ¿Tendrá algún sentido para el trabajador social reflexionar sobre lo que encierran —y lo que de ellos se deriva para su propia práctica cotidiana— conceptos y términos como los de *poder, estratificación social, cambio social, medio ambiente, cultura, socialización, grupo, institución social o acción social*? Mi respuesta no puede ser otra que rotundamente afirmativa y frecuentemente estoy observando cómo su olvido está conllevando que problemas o situaciones con origen social se trate de darles respuesta desde criterios personales e individuales. Actuar desde estas coordenadas lleva a «pervertir» el profundo sentido que encierra la labor del Trabajo Social y la raíz de tales procedimientos sólo podemos encontrarla cuando descubrimos qué principios teóricos y metodoló-

---

gicos sustentan y dan sentido a la práctica cotidiana del Trabajo Social.

c) *Los peligros que encierra considerar los fenómenos sociales, o las conductas, comportamientos y problemas con origen social, como si de problemas individuales, externos al núcleo en que se originan, se tratasen.* Semejante afirmación, que a primera vista pudiese no compartirse en el sentido de negarse tal procedimiento en la práctica cotidiana, lejos de no ser cierta, empieza a ser preocupante. ¿Y por qué empieza a serlo? Porque, de un tiempo a esta parte, estamos percibiendo que ante problemas que tienen una clara causación social —y cuando digo causación social es para diferenciarlos de aquéllos que puedan tenerla en causas individuales o psicológicas— se les está aplicando «terapias psicológicas». Estamos asistiendo a lo que yo llamo la «psicologización del Trabajo Social». No creo que el profesional del Trabajo Social deba desconocer principios fundamentales de la psicología; al contrario, lo considero imprescindible. Lo preocupante es que problemas con clara raíz social —y posteriormente, cuando nos refiramos a la problemática del medio rural, vamos a poner de manifiesto un suficiente cúmulo de manifestaciones con clara raíz social— se les trate de dar soluciones como si los responsables de los mismos fuesen, precisamente, los colectivos que los padecen. Semejantes «olvidos» se verían menguados si el profesional del Trabajo Social no olvidase el significado tan profundo que encierran conceptos como a los que anteriormente hemos hecho referencia.

d) *Comprensión de la estructura social de una comunidad humana y su incidencia en la tarea planificadora de políticas sociales.* Es imprescindible que el trabajador social conozca, en su génesis, problemáticas y consecuencias, el marco socioestructural que condiciona y/o determina la realidad social y, por ende, la problemática específica del medio rural.

¿Cómo podemos olvidarnos de las características que están definiendo —y los problemas o repercusiones de tipo socioeconómico que plantea— la denominada «sociedad post-industrial»? ¿Y podemos hacer caso omiso a las principales tendencias estructurales que han marcado, y aún marcan, la vida de la sociedad española? Es imprescindible, pues, para la práctica cotidiana del Trabajo Social que repercusiones tienen esas tendencias estructurales en la vida cotidiana de los diferentes individuos, grupos y/o instituciones sociales destinatarios, al fin y al cabo, de su propia labor profesional. Así, pues, reflexionar sobre:

- las consecuencias de la reestructuración económica, revolución tecnológica y nueva organización del territorio;
- los cambios socioculturales (transformaciones de la familia nuclear patriarcal que implica cambios en los equipamientos, así como en las pautas de organización espacial o de la propia vivienda);
- los cambios culturales en la valorización del espacio;
- o sobre las transformaciones de la estructura social española (el crecimiento demográfico descompensado, los movimientos migratorios, las transformaciones de la estructura de clase, el rápido crecimiento de las áreas urbanas, el papel cada vez menor del sector agrario, el acceso de la sociedad española a una norma de consumismo, los cambios de mentalidad en las nuevas generaciones, una progresiva crisis de los llamados «valores tradicionales», la creciente tendencia a la secularización de la sociedad española, la modificación, aunque lenta e insuficiente, en la situación de la mujer, etc.).

Estos son aspectos que están operando en la estructura social de España, y que hay que conocer, y que están condicionando la problemática de las diversas situaciones vitales con que nos podemos encontrar en nuestra práctica cotidiana.

Cualquier investigador —no digamos ya cualquier político o técnico que intente aplicar un proyecto de desarrollo rural— necesita co-

---

nocer las transformaciones dinámicas que condicionan o limitan el hipotético proyecto de desarrollo. Las razones que justifican mis afirmaciones se verán más claras cuando, posteriormente, trate de relacionar la aparición de las necesidades sociales con las tendencias estructurales de la propia estructura social.

Pues bien, todos estos principios teóricos, que no pueden ser desarrollados con la amplitud necesaria por condicionamientos de tiempo, son necesarios que el trabajador social que desarrolla su labor en el medio rural los asimile en toda su complejidad de cara a una mayor operatividad de su función y práctica social.

### **Principios orientadores que deben marcar la tarea planificadora de políticas sociales**

Intentaré, en este segundo apartado de mi discurso, reflexionar sobre tres aspectos que considero claves en la práctica cotidiana del Trabajo Social y que condicionan poderosamente cualquier actividad planificadora de políticas sociales en el medio rural. Nos referimos a la problemática del concepto de «necesidad social», a las consideraciones previas que debemos contemplar a la hora de diseñar una política de equipamientos colectivos en el medio rural y, por último, a la polémica o discusión sobre cómo podemos medir y cuantificar los niveles de desarrollo; es decir, traemos a colación el tema de los indicadores sociales.

Si se pretende desarrollar una comunidad humana, sería lógico pensar en las *necesidades sociales* o carencias sociales de la misma. Si una labor prioritaria del trabajador social es la de cuantificar las necesidades sociales de una comunidad con el fin de implementar un plan o proyecto de desarrollo es conveniente que, al menos a nivel teórico, reflexionemos sobre la problemática del mencionado concepto.

Podemos preguntarnos, ¿quién define las necesidades sociales y demandas de la comu-

nidad?, ¿podemos aplicar los mismos criterios de cuantificación a realidades humanas o a espacios sociales diferentes? Pensamos que el estudio de la comunidad/población sin su carácter social es una abstracción. Las condiciones materiales condicionan —no sólo, por supuesto— a las personas y esto es sobre todo a través del espacio y de los grupos sociales con que se habita y se relaciona.

Creemos que las necesidades sociales hay que contemplarlas dentro de las transformaciones de la estructura social y de la formación social que se estudie. Las necesidades sociales no son homogéneas, ni se muestran como datos «empíricos», sino que van a depender de las diferencias de clase social, de la edad, del sexo, de la actividad profesional.

Cuando se trata de planificar determinados *equipamientos colectivos*, hay que saber qué estratos de la población plantean necesidades concretas, ya que cada clase social tiene su condición socioeconómica, tiene su espacio y recrea una cosmología o estereotipos culturales determinados.

Es necesario descender, pues, a la problemática de *la producción social de la necesidad*. Las carencias y necesidades sociales no son puros hechos empíricos, datos objetivos que están ahí; por el contrario, su formulación implica siempre algún juicio de valor: existe necesidad (carencia de algo) sólo con respecto a lo que se define como deseable (lo «necesario»). Además, tales juicios no son formulaciones individuales ya que suelen estar condicionadas por intereses y estrategias de grupo o clase social. Pero es que la diversidad de agentes sociales no existe ni se reproduce por «generación espontánea», sino dentro de una *estructura social* estrechamente vinculada al sistema, en sus dimensiones económicas, institucionales o culturales.

Una aplicación práctica de esta perspectiva teórica podemos contemplarla en el magnífico estudio realizado por el Colectivo IOE en su estudio sobre *La pobreza en Castilla y León* (Cáritas, 1991).

---

Es decir, el trabajador social necesita conocer, o tener en cuenta, las tendencias estructurales del conjunto de la dinámica social, con el fin de detectar los cambios en la estructura social, la evolución de las desigualdades, el número y características de los sectores excluidos, pero también los fundamentos institucionales de las intervenciones que se realizan sobre éstos.

Olvidar estas cuestiones por parte de los planificadores de políticas de desarrollo rural llevaría a un reforzamiento de los desequilibrios sociales. Esto se ve muy claramente en los pésimos resultados de la planificación de equipamientos colectivos en el medio rural, ya que éstos suelen hacerse desde categorías y modelos urbanos. Los peligros son evidentes, y los resultados son el signo manifiesto del fracaso de estos modelos de planificación.

En síntesis, podemos afirmar que el espacio no es homogéneo, ni física ni socialmente, con lo que la actuación sobre sí mismo debe ser considerada siempre de forma diferencial de acuerdo con la distancia expresión de las necesidades que en él se dan.

Si tomamos como motivo de reflexión un espacio concreto —en este sentido, el espacio rural— es necesario, pues, tener en cuenta todos estos principios orientadores de la política social. Pero aún hay más. Veámoslo.

Desde nuestra perspectiva teórica, el espacio no podemos entenderlo exclusivamente como un concepto geográfico, sino como resultado histórico, antropológico (cultural) y de modos autóctonos de producción. Pensamos que el espacio es, primordialmente, un producto social. Cada sociedad, con sus distintos modos de producción, produce su espacio. Los caracteres del espacio son un producto de la estructura social y, por consiguiente, resultado de las contradicciones que dividen a la sociedad.

Así, cuando nos acercamos a estudiar una comunidad rural, debemos contemplar el espacio rural como variable dependiente, debiendo *conocer e identificar la lógica de producción del mismo*; es decir, las relaciones sociales, los factores, procesos sociales,

así como los agentes económicos y políticos —propietarios de los medios de producción, propietarios del suelo, los movimientos vecinales, las diferentes administraciones públicas— que operando de forma dialéctica definen, modelan y estructuran el paisaje-medio-territorio.

Esta perspectiva crítica nos lleva, pues, a considerar las transformaciones del espacio en su calidad de especificaciones de las transformaciones de la estructura social. Las formas de la estructura social van a verse reflejadas en el uso y consumo del espacio. Esta última idea está relacionada con aquéllas que desarrollan los conceptos acerca de las necesidades sociales de una comunidad.

Pero es que tampoco podemos olvidarnos del tema de los *indicadores sociales* cuando se trata de «medir» el grado de desarrollo *versus* subdesarrollo de una comunidad. ¿Son tan neutros los indicadores que tradicionalmente utilizamos y que nos señalan cuánto de bienestar material y/o de calidad de vida tiene una comunidad humana frente a otra? No olvidemos que cuando una determinada Administración Pública, por ejemplo, decide implementar una determinada política social, el trabajador social necesita «cuantificar» qué sectores o grupos de esa comunidad están más/menos necesitados.

Ante estos interrogantes podemos utilizar unos indicadores en detrimento de otros, y estoy convencido que nos llevaríamos más de un susto sobre países, ciudades o regiones que presumen de muy desarrollados y que, si los midiésemos con otro tipo de parámetros más cualitativos, dejarían de ser modelos a imitar por su falta de calidad de vida. Pueden tener mucho «nivel» de renta o de producto bruto pero, si desagregamos en partes significativas algunos de estos datos, es posible que se nos muestren muchas contradicciones internas y externas en que se basa su potencial económico. O dicho de otra manera, utilizando otro tipo de indicadores, los ricos quizá no sean tan ricos y los pobres quizá no sean tan pobres.

---

## **Las coordenadas estructurales de los problemas del medio rural: de la PAC al Programa de Modernización de la Agricultura Española y su incidencia en el Trabajo Social**

En el Ecuador de nuestro discurso se comprenderá fácilmente que todo trabajador social que pretenda desarrollar su labor profesional en el medio rural debe conocer los *rasgos estructurales básicos* que están condicionando nuestra agricultura y que están repercutiendo de forma directa en la aparición de nuevas necesidades sociales en el propio medio rural.

¿Es conveniente que el trabajador social desconozca, o que cuando menos no le dé la importancia que representa, la incidencia de la reforma de la famosa PAC, o lo que va a representar el Programa de Modernización de la Agricultura española, recientemente aprobado por el Gobierno español, y presentado a los líderes de ASAJA, COAG y UPA?

¿No es importante que el trabajador social que desempeña sus facultades profesionales en el medio rural conozca lo que representa para los colectivos que en él viven

- a) el absoluto predominio de la propiedad familiar,
- b) o el pequeño tamaño de las explotaciones,
- c) o la poca capitalización económica,
- d) o la falta de modernización tecnológica,
- e) o el poco peso de la actividad asociativa,
- f) o el alto porcentaje de población activa agraria,
- g) o el preocupante envejecimiento de la población agraria?

¿Puede desconocer el trabajador social lo que va a representar para el medio rural las nuevas posibilidades que abren «las medidas de acompañamiento» a las que se refiere la nueva PAC?

A todos estos interrogantes hay que darles respuestas negativas. Es decir, el trabajador social no puede desconocer las incidencias que pueden derivarse para su tarea profesional de las diversas políticas anteriormente mencionadas.

A título indicativo señalar que en relación a las medidas de acompañamiento hay tres líneas de actuación de evidente importancia, para el medio rural, y para la sociedad en su conjunto. Las nuevas actuaciones se van a convertir, en poco tiempo, en las auténticas estrellas de la política comunitaria, ya que suponen un cambio de estrategia y una nueva visión del futuro de este sector dentro de la CEE. No digo que vayan a ser la panacea para el desarrollo del medio rural. Simplemente trato de resaltar la importancia que para el trabajador social tiene el contemplar en su práctica cotidiana los marcos estructurales que pueden incidir en su tarea profesional y repercutir en los colectivos rurales que se le presenten como «problemáticos».

De todos estos cambios que se avecinan aflorarán nuevos problemas y será necesario reformular la concepción que hasta ahora se tenía del desarrollo rural. En España casi ni se han iniciado. Pero no estaría de más prestarles atención para que el futuro no nos coja desprevenidos del todo.

## **Los Servicios Sociales en el medio rural: la asignatura pendiente**

Cuando me refiero a que los Servicios Sociales en el medio rural son «la asignatura pendiente» de la política social, lo hago a través de la reflexión que me brindan mis propias investigaciones sobre el tema, así como mi corta actividad académica relacionada con este apasionante mundo del Trabajo Social. Mis opiniones paso a desarrollarlas a través de un decálogo en el que se conjugan los problemas y las posibilidades de futuro. Detrás de las siguientes reflexiones están los



---

principios, tanto teóricos como metodológicos, hasta ahora expuestos.

– *Primero*: son necesarios profesionales adecuados que desarrollen los principios adecuados del Trabajo Social en el medio rural. Cuando me refiero a profesionales no me refiero, exclusivamente, a los profesionales que teóricamente están más directamente relacionados con el tema que aquí exponemos. Es necesario que también otros profesionales de otras disciplinas sociales (sociólogos, psicólogos, juristas, economistas, etc.) desplieguen todo un conjunto de técnicas y conocimientos acordes con el espacio específico en que van a desarrollar su labor profesional.

– *Segundo*: lo anteriormente citado nos lleva a la necesidad urgente de *crear equipos multiprofesionales* cuya base primordial de su actuación radique en investigaciones interdisciplinarias de carácter continuo y participadas. No podemos seguir cayendo en viejos errores, ni contemplar la realidad social desde posturas «compartimentadas». La monopolización del saber y de los conocimientos es un mal presagio para óptimos resultados.

Desde una postura científico-monopolizadora que «respalde» científicamente el proyecto de desarrollo —ya que entendemos, como puede desprenderse de lo hasta aquí dicho, que todo proyecto de desarrollo debe sustentarse en una buena investigación de los recursos y de las necesidades— aventuramos y profetizamos resultados desastrosos.

El conocimiento, al igual que la realidad social, no es «partible» ni podemos considerarlo como células independientes que campean, cada una de ellas, a sus anchas. Por idénticos motivos, las investigaciones no pueden ser individualizadas. Es necesario complementarse, aunque seamos conscientes, igualmente, que la realidad social es cada día más compleja. Ello exige un esfuerzo adicional, así como contemplar todo

el proceso de planificación de políticas de desarrollo desde equipos interdisciplinarios.

– *Tercero*: es necesario que la acción de los CEAS rurales se despliegue a través de un proceso más amplio de comarcalización. En este sentido es urgente *crear CEAS comarcales* con una clara función comarcalizadora y una representación, en los mismos, de los diferentes agentes socioeconómicos y políticos de la propia comarca.

– *Cuarto*: la comarcalización de los CEAS va ligada a otro tipo de comarcalización más amplia, cual es la necesidad urgente de *ir hacia un proceso de mancomunización de servicios* en el sentido de que debe ser esta creación de mancomunidades —que desde mi punto de vista deberían hacerse coincidir con las comarcas— la que trate de resolver los problemas derivados del minifundismo municipal. La crisis de las entidades municipales deriva, en gran parte, de los casos excesivamente pequeños como para poder abastecer eficaz y racionalmente de todos aquellos servicios públicos considerados esenciales a los habitantes que en ellos viven.

La comarcalización debería ser, pues, un proceso de ordenación del territorio, que favorezca la descentralización administrativa municipal y que favorezca los procesos de desarrollo implementados en las zonas desfavorecidas.

– *Quinto*: esta mancomunización de servicios a través del desarrollo comarcal debería *evitar la descoordinación del mapa de los Servicios Sociales* (CEAS en el medio rural) con otros mapas (sanitario, educativo, mancomunidades de recogida de basuras, etc.). La descoordinación institucional y administrativa conlleva consecuencias negativas para los ciudadanos. ¿Cómo es posible que el mapa escolar no tenga en cuenta la planificación sanitaria, o viceversa?, ¿o que la estructura geográfica de los CEAS rurales no concuerde con los centros de salud?, ¿o que la creación de mancomunidades no conlleve una reasignación

---

de los diferentes servicios que nos se ajustan a las mismas? Pensamos que esa divergencia espacial en la asignación de recursos es un hándicap a la hora de la planificación de Servicios Sociales o equipamientos colectivos desde criterios de comarcalización.

- *Sexto*: lo anteriormente expuesto exige, igualmente, la urgente necesidad de coordinar las políticas sociales con otras políticas sectoriales. No nos extraña semejantes comportamientos cuando, al hilo de lo que más arriba señalábamos, contemplamos la realidad social como si de compartimentos estancos se tratase. No creo necesario seguir insistiendo en la conveniencia práctica de esa coordinación sectorial.
- *Séptimo*: consideramos vital que se integren dentro de proyectos de desarrollo rural más amplios cualquier plan de desarrollo específicamente destinado a cualquier colectivo o grupo «necesitado». En este sentido, y teniendo como punto de referencia el medio rural, no considerar en la tarea planificadora del Trabajo Social lo que va a implicar en el futuro más inmediato la reforma de la PAC o las medidas del citado Programa de Modernización de la Agricultura, conllevaría al fracaso de cualquier medida implementada con la mejor voluntad.
- *Octavo*: y ese exceso de voluntarismo a que acabamos de referirnos es palpable —y hablo desde mi experiencia investigadora— en la labor profesional de los trabajadores sociales del medio rural que me he permitido de seguir. Percibimos, en los contenidos de las actividades que desarrollan, un excesivo empleo de tiempo a actividades lúdicas muy estandarizadas (principalmente destinadas a reforzar los papales tradicionales de la mujer en el medio rural).
- *Noveno*: pero de mayor gravedad me parece la «progresiva colonización planificadora» desde criterios urbanos. Determinados proyectos de desarrollo — mas bien podríamos llamarlos, actividades para pasar

el tiempo— están desplegadas con tintes copiados miméticamente de experiencias del medio urbano. Esta colonización debería hacer reflexionar sobre el contenido, métodos y técnicas que se enseñan en las Escuelas Universitarias de Trabajo Social y que no tienen en cuenta las diferentes especificidades de los diferentes contextos espaciales y/o sociales.

- *Décimo*: y, por último, creemos imprescindible que la participación ciudadana sea canalizada a través de mecanismos directos para que pueda desplegar todas sus potencialidades. Es decir, se trataría de planificar «de abajo hacia arriba» y para ello los estudios de participación ciudadana se nos antojan imprescindibles. Es necesario olvidarse de los proyectos elitistas que nacen en las mentes de determinados despachos y que la mayoría de las veces desconocen la opinión de sus destinatarios.

***¿Sería necesaria una enseñanza específica para el trabajador social que desarrolla su labor profesional en el medio rural?***

Pienso que no. Opinar lo contrario nos llevaría a poner en práctica esa compartimentalización teórica y metodológica que a lo largo de mi discurso he tratado de reprochar.

Pero mantener semejante postura no me impide la necesidad de reivindicar una formación del futuro trabajador social lo suficientemente amplia y generalista que no descuide aspectos concretos como el de la problemática del espacio rural.

¿Cómo pueden conseguirse semejantes objetivos? Pienso que la enseñanza que se debería transmitir en las escuelas universitarias debería fomentar más la adquisición, por parte de los futuros profesionales, de herramientas metodológicas lo suficientemente amplias que pudiesen aplicarse a espacios específicos y concretos.

Pero una cuestión que no me parece baladí —y que trato de inculcar a mis alumnos— es la de que enfrentarse a situaciones espe-

---

cíficas concretas dentro del campo de acción del Trabajo Social nos lleva a la urgente necesidad de relacionar semejantes posturas específicas con otras que se encuentran fuera del, aparentemente, radio de acción. De esa manera, podremos entender la aparición

de las nuevas situaciones de necesidad social en el medio rural dentro de los cambios que progresivamente van apareciendo dentro de las tendencias estructurales del conjunto de dinámica social. Es decir, en relación a las tendencias de la propia estructura social.



## SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL DEPRIMIDO: UN MODELO DE ACCIÓN COMUNITARIA

**Nota:** Comunicación presentada en las V Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural

### Resumen de la ponencia

La ponencia que presentamos pretende responder de forma directa al mejor conocimiento de los Servicios Sociales en el medio rural y de sus potenciales acciones en particular.

El desarrollo de los Servicios Sociales surge como proceso institucional en el reconocimiento público de las necesidades de atención social. Los Servicios Sociales se concretan y desarrollan ligados a un cierto estado de la sociedad, quedando condicionados por las circunstancias estructurales, por los cambios y variaciones que se producen en la sociedad. Podemos entender, por tanto, que los Servicios Sociales y el desarrollo del Estado Social se encuentran en necesidad y permanente renovación. La presencia de los Servicios Sociales en una sociedad concreta, supone la existencia de un compromiso institucional por asumir las necesidades de sus miembros, para dar una consistencia real a sus derechos sociales, asumiendo y propiciando modos de respuesta a los problemas planteados en un momento de la evolución social.

Apoyándonos en la división del sistema social que hace el profesor Tezanos (1988); en torno a la estructura social, dependiendo de las necesidades sociales, se clasifican cuatro subsistemas, el primero de ellos, el **Subsistema tradicional**, se caracteriza por las relaciones sociales cuasi-señoriales y que recoge en el Estado español a dos millones de analfabetos absolutos.

El desarrollo industrial de las sociedades occidentales ha acrecentado los problemas de masificación poblacional en las grandes urbes, la falta de equipamientos e infraestructuras en los barrios de aluvión, la falta de ocupación con la oposición de la crisis económica y la renovación tecnológica del tejido industrial; y han emergido problemas de desarraigo cultural y de marginación social. Lógicamente, los Servicios Sociales han tratado de atender de forma prioritaria las consecuencias de este proceso, siendo coherente su implantación en los barrios de las ciudades y en las poblaciones de las áreas metropolitanas de las grandes urbes.

No obstante este lógico reconocimiento, debemos entender que los propios efectos de este proceso de industrialización ha oca-

---

sionado fenómenos de preocupación, no sólo en su propio desarrollo, sino en quienes han servido como principal mano de obra para el despegue y el desarrollo industrializado; siendo el territorio de reclutamiento de esa necesaria fuerza de trabajo, las zonas rurales deprimidas. Así, en las zonas rurales deprimidas los fenómenos de despoblación, envejecimiento, falta de dinamismo económico, falta de adecuación de las técnicas agrícolas de producción, etc., ha ocasionado que zonas territoriales que, históricamente venían padeciendo una situación de depresión socioeconómica, consolidaran esta situación localizándose territorialmente como zonas deprimidas del medio rural.

Situaciones que expresan las acciones derivadas de la planificación específica de los Servicios Sociales en el medio rural deprimido, en diferentes Comunidades Autónomas, las encontramos en Castilla-La Mancha (Plan Rural de Acción Social), según Marín (1987); Aragón, según Arango (1988) y más distantes en el tiempo pero quizá con más difusión, los trabajos de Marchioni (1967) en Andalucía.

Este ámbito rural de la depresión socioeconómica se caracteriza por las carencias de elementos básicos para el desarrollo de la convivencia, el aislamiento geográfico y social, las dificultades de comunicación y sus deficientes redes viarias de comunicación con otras poblaciones vecinas. Las deficiencias, cuando no, las inexistencias de servicios básicos de atención primaria confieren a estas poblaciones una particular situación que queda definida en la clasificación de la CEE como: «como núcleos aislados de zona montañosa inferiores a 2.000 habitantes y con una carencia de servicios y equipamientos propios de las zonas industrializadas».

Desde los planteamientos de esta ponencia pretendemos centrarnos en el concepto de Servicios Sociales del medio rural especialmente deprimido, entendiendo que el desarrollo e implantación de los Servicios Sociales en este medio aconsejan una labor de estudio e investigación que permita mejorar en el

conocimiento de las características de estos territorios, en las potenciales demandas que se van a producir para estos Servicios Sociales, en las características de los usuarios y en su proyección de necesidades sobre los Servicios Sociales.

Para cubrir estos objetivos entendemos que debemos proponer una ponencia que trate de conocer esta sociedad rural desde su propia situación y no desde los parámetros de análisis de los Servicios Sociales de áreas urbanas y metropolitanas, queremos llegar a estos niveles de conocimiento desde las propias características del medio rural. Este enfoque, se sustenta sobre la idea de que la solución de los problemas de estas zonas debe surgir de su propio reconocimiento, con la utilización de sus propias potencialidades, para propiciar la transformación de sus infraestructuras que permitan un desarrollo equilibrado entre arraigo cultural y mejora de los niveles de bienestar de la comunidad.

En este sentido la específica labor de los Servicios Sociales desde el reconocimiento de un servicio público para todos los ciudadanos y la consiguiente implantación de los primeros equipos y profesionales en este medio territorial, aconseja la necesidad de proponer modelos de actuación que se basen en la elaboración de propuestas, diseños de actuación orientados en las propias demandas de los usuarios y en las características de este medio territorial.

La reciente implantación de estos equipos, la escasa tradición existente en la actuación de los Servicios Sociales en el medio rural deprimido, la debilidad institucional de ayuntamientos con escasos presupuestos y mínimas infraestructuras, la falta de un cuerpo técnico que los profesionales de los Servicios Sociales pudieran desarrollar en este medio concreto, justifican la finalidad de esta propuesta de trabajo, que tratará de consolidar esta modalidad de actuación. Uno de los retos que la implantación del Sistema Público de Servicios Sociales tiene pendiente es la atención desde las características de territo-

rialidad; conseguida la universalización de la atención básica, resulta primordial la consideración de las características propias de estas zonas para contribuir, desde todos los esfuerzos de la Administración y desde distintas responsabilidades compartidas, a impulsar una dinámica de desarrollo, mejorar las condiciones de vida y la convivencia de las áreas rurales deprimidas.

Responder a este reto, ayudar en este proceso, es uno de los aspectos que justifican esta propuesta. La disyuntiva se puede establecer o bien en fundamentar y mejorar el conocimiento de estas modalidades de actuación de los Servicios Sociales en estas zonas, o bien en entender esta implantación desde una cierta precariedad.

## Bibliografía

- AGANZO A.: «Mundo rural y animación comunitaria. La Acción Social». *Cuadernos de Formación*, 12. Cáritas. Madrid. 1988
- BOLADO GÓMEZ, B.: *Proyecto de actuación de integración comunitaria en las comarcas del sur de Cantabria*. Tomo I. II Jornadas de Psicología de la Intervención Social. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. 1989.
- BOTE GÓMEZ, V.: *Turismo en espacio rural*. Ed. Popular. Madrid. 1988.
- BUENO ABAD, J. R.: *Apuntes a la descentralización de los Servicios Sociales*. Ed. Nau Llibres. Valencia. 1988.
- *Servicios Sociales: Planificación y organización*. Ed. Mestral Universitat. Valencia. 1989.
- *Hacia un modelo de Servicios Sociales de acción comunitaria*. Ed. Popular. Madrid. 1991.
- BURREL, M.; GALINDO, E.; SAENZ, E.; SARRADO, M. y VICENTE, H.: «El proceso de intervención: fases del trabajo y técnicas». *Documentación Social*, n.º 69, págs. 167-194. Madrid.
- CAMPS M.: «Trebaj Social en el medi rural». *Revista de Trabajo Social*, n.º 117, págs. 146-159. Barcelona. 1990.
- ETXEZARRETA, M.: «El desarrollo rural: una aproximación a planteamientos actuales». *Documentación Social*, n.º 72, págs. 81-105. Madrid. 1988.
- FERNÁNDEZ, J. A.: *Las bolsas rurales de pobreza*. Cares, S. A. Madrid. 1981.
- FERNÁNDEZ JIMÉNEZ, J. F.: *Apoyo de las diputaciones en el desarrollo y la implantación de los Servicios Sociales en los pequeños municipios: Experiencia de la Diputación de Albacete*. II Jornadas: Los Servicios Sociales en la Administración Local, págs. 77-87. FEMP. Madrid. 1990.
- FÜRTER, P.: «Seminari d'investigació-acció: animació socio-cultural en ambits rurals». *Revista de Animació*, n.º 8, págs. 33-36. Direcció General de Joventut. Valencia. 1988.
- GARCÍA, G.: «Génesis y desarrollo de los Servicios Sociales comunitarios en el Estado español». *Revista Servicios Sociales y Política Social*, n.º 10, págs. 32-44. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid. 1988.
- GARCÍA, G. y RAMÍREZ, J. M.: «Algunas diferencias entre los Servicios Sociales rurales y urbanos». *Revista Servicios Sociales y Política Social*, n.º 19, págs. 104-115. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid. 1990.
- HERNÁNDEZ, A.: «La promoción sociocultural en los ámbitos rurales». *Revista Servicios Sociales y Política Social*, n.º 6, págs. 14-17. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid. 1987.
- LEFEVRE, H.: *De lo rural a lo urbano*. Ed. Península. Madrid. 1971.
- MARCO, F.: «Incidencia del Trabajo Social en el desarrollo local. Una experiencia en Aragón». *Revista Servicios Sociales y*

- 
- Política Social*, n.º 10, págs. 68-74. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid. 1988.
- MARCHIONI, M.: «Iniciativas para el desarrollo comunitario en comarcas rurales (El proyecto de Vélez-Málaga)». *Revista de Estudios Agrosociales*, n.º 61, págs. 14-42. Madrid. 1967.
- MARÍN, T.: «El plan PRAS de Castilla-La Mancha. Una experiencia de Servicios Sociales en el medio rural». *Revista Servicios Sociales y Política Social*, n.º 6, págs. 6-14. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid. 1987.
- MARTÍNEZ BRAWLEY, E. y BRAWLEY, E.: «El rol del bienestar social en el desarrollo rural integrado». *Revista de Trabajo Social*, n.º 116, págs. 23-30. Barcelona. 1989.
- MONTORO ROMERO, J. R.: «Escasez, necesidad y bienestar». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, págs. 69-92. Madrid. 1988.
- PÉREZ COSÍN, J. V.: *Planificación social desde la territorialidad. Los Serranos. E.S.B., medio rural*. Comunicación a I Jornadas de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de la Comunidad Valenciana, págs. 72-112. Cullera. 1989.
- *Los Servicios Sociales itinerantes en la comarca Los Serranos*. I Forum Serveis Socials en l'Àmbit Local. Àrea de Integració Social i Participació Ciutadana de la Diputació de València. Serie Documents, n.º 9, págs. 35-47. València. 1990.
- *La Escuela Pública de Andilla-La Pobleta como centro de relación social*. Comunicación IV Jornadas de Servicios Sociales en el Medio Rural, págs. 127-145. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Santo Domingo de la Calzada. La Rioja. 1990.
- SIGUÁN SOLER, M.: «El desarrollo de los recursos humanos en relación con los programas de desarrollo comunitario». *Desarrollo Comunitario Rural*, serie monográfica, n.º 19, págs. 69-99. Madrid. 1968.
- TEZANOS, J. F.: *Estructura de clases y necesidades sociales*. Curso Internacional Relanzamiento del Estado de Bienestar. Universidad de Alicante. Benidorm. 1988.
- VILLAZÓN, J. y CALDERERO, J.: «Experiencia de coordinación entre el equipo de atención primaria y el servicio de base de Parres-Arriondas (Asturias)». *Servicios Sociales y Política Social*, n.º 22, págs. 48-64. Madrid. 1991.
- VV.AA.: *I Jornades de planificació de recursos socials d'àmbit rural*. Serie Documents, n.º 2. Diputació de Castelló. 1987.
- VV.AA.: *Promoció sociocultural y desarrollo comunitario en zonas rurales*. Diputación Provincial de Valladolid, Área de Bienestar Social, n.º 7. Valladolid. 1987.
- VV.AA.: *Los Servicios Sociales en el medio rural*. Colección TS, n.º 7. Siglo XXI. Madrid. 1988.
- VV.AA.: *Encuentros sobre Servicios Sociales Comunitarios*. Colección TS, n.º 8. Siglo XXI. Madrid. 1988.
-



## EL REO, EL PUEBLO Y LA JUSTICIA. REFLEXIONES A PARTIR DE CONCEPCIÓN ARENAL

### Preliminares

«La sociedad más perfecta —decía Concepción Arenal en *El pauperismo*— es aquella en que más hombres libremente se armonizan para el bien, y armónicamente marchan: la sociedad más defectuosa es aquella en que más hombres marchan en diferente sentido, haciendo prevalecer su individualidad egoísta e indiferente poniéndose en desacuerdo con los demás, sirviendo de obstáculo donde quiera y hallándolos en todas partes».

Concepción Arenal (1820-1893) quería que se consolidase el Estado liberal a la anterior monarquía absolutista. Sus primeros horizontes teóricos estaban fundamentados en la Ilustración. Los seres humanos forman sociedades para asegurar la supervivencia y para progresar. Pasar del estado de naturaleza al de civilización supone crear unas estructuras políticas; establecer un contrato social mediante el que los ciudadanos delegan una parte de la soberanía en sus representantes políticos... El concepto de soberanía sigue preocupando hoy día. La disposición fatalista a delegar en exceso conduce más a una sociedad de siervos que de ciudadanos. Asimismo aceptar la separación entre la sociedad civil y la política, resulta natural en

los estados totalitarios y dictatoriales, pero supone un cáncer en los democráticos.

Era esta una de las cuestiones que preocuparon a Concepción Arenal: el reparto de funciones entre el individuo, la sociedad civil y el Estado. Y es también uno de los problemas básicos planteados en nuestro actual Estado social de derecho: el de la participación responsable de los ciudadanos, correlativo a construir el estrato de la sociedad civil.

Una de las más significativas participaciones de Concepción Arenal en la historia del pensamiento político del siglo XIX fue la de intentar la movilización de una sociedad civil activa, consciente y benéfica. Ciencia y caridad, cual binomio inseparable, estaban, para ella, en la base de las transformaciones sociales.

Involucrarse en la «cosa pública» es derecho y deber del ciudadano. Para extender los beneficios de la civilización es imprescindible el concurso de todos. Y, sin embargo, es muy frecuente que el olvido de las propias responsabilidades se vaya contrarrestando con la proyección de las culpas en los demás, ya sea con acierto o sin él. Esta situación era frecuente en tiempo de Concepción Arenal que como persona y ciudadana responsable intentaba hacer recapacitar huma-

---

na y cívicamente a sus contemporáneos: «Tan pronto como llega a nuestra noticia un hecho desagradable o perjudicial, una desdicha o un crimen, lo que hacemos ante todo es  *echar la culpa a alguno*. Una escuela, un partido, una corporación o un individuo, tienen la culpa de tal o cual desventura...». Era para ella regla, con difícil excepción, que *Toda culpa es un compuesto de muchas culpas*. Era preciso empezar la autocrítica: «Las cosas van muy mal, se dice en todas las épocas, y siempre con verdad. ¿Y cómo irían mejor? Si en vez de echar la culpa a otro, cada cual examinara la parte que tiene en ella y la suprimiese.» «...Si este examen no nos hiciera variar de conducta, nos serviría al menos para ser más tolerantes; nuestros odios no recibirían al menos el apoyo de la razón; y reducida la esfera de acción de los impulsos malévolos, habría en todas circunstancias más lugar para el amor, para la caridad»<sup>1</sup>.

En todas las épocas y bajo cualquiera de los sistemas de gobierno, existen personas heroicas que intentan hacer valer los principios de la ciencia y la humanidad, pero tienen que luchar —al igual que sucedió a Concepción Arenal— con los vicios de la Administración, las resistencias de la sociedad, las ambiciones particulares de algunos y la falta de compromiso social de los demás. Hoy mismo, a pesar de tener mejor establecidos y contemplados legalmente los diferentes canales desde donde intervenir socialmente, parece invadir el desencanto. Individualismo, materialismo y crisis de valores atenazan la actividad democrática. Sigue existiendo dificultad para aceptar las indicaciones de Concepción Arenal, en lo que tenían de espíritu humanizador y progresista.

Es desconcertante la facilidad con que las mayorías aceptan cómodamente la simplificación maniquea de lo que resultan ser problemáticas complejas. Una de ellas es la cuestión penal y penitenciaria. La sociedad asentada se conforma con centrar la polémica en si se endurece o no el Código Penal; se rechaza instintivamente cualquier nivel de implicación superior, ni siquiera de reflexión teórica.

Y mientras tanto, sigue gravitando sobre nuestras cabezas el lamento racionalista de aquella profunda reformadora: «Desgraciado el pueblo en el que la última necesidad es la justicia».

## **Un concepto integral del sistema penitenciario**

Concepción Arenal abordó la cuestión penitenciaria de manera plural, integral y con un sentido progresista. Su aportación teórica y práctica en esta materia le ha dado nombre en España y el extranjero. De todas formas, se ha extendido en exceso una versión edulcorada de su pensamiento que, si en algún tiempo histórico se sustentaba, hoy queda fuera de lugar. Resumir su obra en aquella máxima imperativa que va directa a la pasión, cuando no a la viscera, incitando a odiar el delito y compadecer al delincuente, ha venido siendo, a mi entender, uno de los ultrajes más notorios a su memoria.

No es objeto de estas páginas un estudio matizado sobre el sentido de la reforma penitenciaria que Concepción Arenal intentó promover en la España de mediados del siglo pasado. Tampoco expondremos aquí las posibilidades de diálogo que sigue ofreciendo en esta materia a criminólogos, políticos, personal de prisiones, trabajadores sociales, etc. Sirva, por el momento, de homenaje a su memoria sugerir la amplitud de su marco teórico e insinuar el concepto organicista de la reforma que defendió. Concepción Arenal, por razones que no vienen al caso, resulta un personaje en la penumbra que tiene matices por descubrir y al que metodológicamente cabe aproximarse sin prejuicios, buscando no una bandera que alzar ni un soporte en el que sustentar juicios personales, sino un intelectual humanista a quien respetar y con quien es posible entablar relaciones científicas desde nuestras preocupaciones presentes.

## **El delincuente**

Quien ha delinquido tiene su parte de responsabilidad en el delito, pero es también un

---

reflejo de las condiciones de vida y educación que le han rodeado. Así que «en todo culpable hay culpa —explicaba Concepción Arenal—; no permita Dios que tengamos nunca la locura de no verlo así muy claro; pero el culpable no ha vivido solo; ha tenido dolores y placeres, estímulos y desalientos; se ha hallado en la miseria o en la abundancia, rodeado de las tinieblas del error o de la luz de la verdad; ha visto para sí la justicia o la iniquidad; ha recibido aplausos o improprios, amor u odio, escándalos o altos ejemplos, consuelos o heridas...»

Ella denunciaba que la sociedad se comporta de manera hipócrita escandalizándose ante el delito e ignorando parte de la responsabilidad que le cabe en la gestación del delincuente. Quien ha delinquido es una persona humana.

Y por eso decía en la primera de sus *Cartas a los delincuentes*: «Yo no soy de los que creen que un hombre condenado a presidio no es un hombre ya; que no merece en nada la consideración que debemos a nuestros semejantes, ni pude ser tratado como un ser racional. Yo no soy de los que creen que en una prisión no se comprende ninguna idea de justicia, ni haya eco ningún sentimiento honrado, ni gratitud ningún beneficio: no. Yo os considero como hombres, como criaturas susceptibles de pensar y de sentir, como hermanos míos, hijos de Dios formados a su imagen y semejanza, y en quienes la huella de la culpa no ha podido borrar su noble origen. Yo sé que en una prisión, aun la más corrompida, hay almas que no se cierran a la luz de la razón y de la justicia, corazones que se conmueven a la voz que les habla de los afectos, de los deberes y les recuerdan las cosas que alguna vez respetaron, y los objetos queridos a cuyo lado estuvieron»<sup>2</sup>.

## El Derecho Penal

Una vez producido el delito, rota en mayor o menor medida la convivencia de quien delinque y el resto de la sociedad, se hace necesaria la pena. Sobre este particular vienen

existiendo diferentes teorías y aplicaciones. Según Concepción Arenal: «La esencia de la pena es que sea buena, que haga bien, porque nadie, ni individuo ni colectividad, tiene derecho a realizar el mal. El culpable merece la pena en el concepto de que ha de redundar en beneficio suyo, porque si fuera de otro modo, como no puede ser moral el hecho de perjudicar a nadie, al penar al culpable se cometería culpa; en vez de remediar el daño se aumentaría, y legisladores, leyes, fuerza pública y tribunales, tendrían por misión consumir la injusticia, obrar contra derecho, porque es evidente que no le hay en ningún caso para hacer mal, siquiera el que le padezca sea un malvado»<sup>3</sup>.

El progreso consiste en ir armonizando los intereses del individuo y los de la sociedad. Según ella: «El bien de la sociedad y el del penado son uno mismo, porque está en la justicia, que es idéntica para todos. Las faltas aparentes de armonía son faltas de inteligencia, como se ve, notando que la esfera de la contradicción disminuye a medida que aumenta la del saber y que todos estos intereses *encontrados* de la sociedad y del individuo no son más que crasísimos errores, si no se llama interés individual al egoísmo ciego, al vicio desenfrenado, al crimen impune, o interés social a las arbitrariedades de la tiranía, a los abusos de la fuerza, al desconocimiento del derecho»<sup>4</sup>.

Concepción Arenal planteaba que por regla general el delito era un fallo en el conocimiento o en la voluntad. Era muy importante para ella que a la vista de los casos patológicos no se juzgase a los restantes por el mismo calibre. No perder la confianza en que podía ser posible el arrepentimiento. Así pues, la institución penitenciaria había de tener una función social educadora, además de su intrínseco carácter punitivo. Reprimir por la fuerza, saldar la deuda sólo mediante el castigo, era propio de umbrales menos civilizados. La Ilustración, el racionalismo bien entendido, estaban señalando un nuevo paso en la historia de la humanidad.

---

El umbral de la razón, no es el del frío cálculo utilitarista, sino aquél en el que se hace cada vez más posible la realización de la justicia. Y por eso señalaba Concepción Arenal: «El poder que no se eleva a medida que se extiende, que no crece en justicia a proporción que aumenta en fuerza, puede ser temible, pero no respetable ni equitativo, y la imposibilidad en que se halla el penado de sustraerse a las influencias de que le rodea la ley, pone a ésta en el imprescindible deber de que aquéllas sean buenas; si no lo son serán malas, harán mal; la pena depravará y la justicia de que forma parte no podrá realizarse»<sup>5</sup>.

La pena debe ser proporcional al delito; esto es «justa». Lo contrario, según Concepción Arenal, significa despojar a la ley de moralidad. Así, exponía en los *Estudios penitenciarios*: «El que ha visto penados y procurado corregirlos y consolarlos, sabe la bochornosa amargura que se experimenta al oírlos quejarse con razón de que la pena es injusta, y la dificultad que, por serlo, opone a que el recluso se resigne y se corrija. Él es, en aquel caso, moralmente superior a la ley, puesto que tiene razón contra ella; la parte de derecho que se le niega por quien debía ampararle, le impulsa a desconocer todo el derecho y a pensar que no debe nada a nadie, puesto que a él se le ha negado lo que le era debido»<sup>6</sup>.

Concepción Arenal para hacer valer su sentido de justicia en la España de su tiempo, debía situarse entre las tradicionales tendencias del derecho penal, bien arraigadas culturalmente, que consistían en concebir la pena en su solo sentido de represión —castigo o ejemplaridad disuasoria. Sin embargo ella, apoyada en las corrientes de reformismo europeo que también tenían eco en sus amigos que dieron entidad a la que llamamos escuela correccionalista española, decía que el objeto de la pena es hacer entrar a los delincuentes «en la esfera de la justicia, de que ellos se han salido. Este objeto no se consigue buscando un efecto de la pena con ex-

clusión de los otros, sino comprendiendo y respetando sus naturales armonías; porque, como hemos dicho, si la pena impide la infracción del derecho, le afirma; si mortifica, escarmienta; y no puede corregir sin ser una afirmación solemne de la justicia, sin mortificar, sin ser ejemplar. Con hacer la pena correccional, se consigue su objeto, cualquiera que sea el que se propone el legislador, siempre que sea racional y aunque proceda de diferentes escuelas...» «La corrección consigue todos los objetos de la pena; buscando otros, no se alcanza; su esfera lo abraza todo, y ella puede no estar comprendida en la expiación y ejemplaridad; otra prueba más de que es correccional por esencia, y que, dándole este carácter, conseguimos todos los objetos que hacen de ella una indispensable cooperadora de la justicia legal»<sup>7</sup>.

Concepción Arenal llegó a matizar bastante sobre la individualización de la pena en función de cada tipo de delito y delincuente exponiendo: «a cada elemento perturbador que impulsó a delinquir debe corresponder en la pena un elemento restaurador de la armonía moral, que conduzca a la enmienda.

«Recordemos *por qué* delinquiró el penado, y esto nos dará idea de *cómo* debe corregirle la pena»<sup>8</sup>.

## La educación del delincuente

El término corrección puede ir asociado a la coacción, la imposición ciega, la repetición automática de normas. Pero no era este el sentido correccionalista de Concepción Arenal que parte del respeto a la conciencia, a la libertad como capacidad de autodeterminación racional. La educación que ella proponía en las prisiones estaba animada por la voluntad de conducir a la autonomía en la medida en que la persona intelectualmente es más consciente y moralmente más justa. Apelaba, en definitiva, al mismo sentido natural y universal de la educación que se impartía desde la Institución Libre de Enseñanza.

«Hay conciencias por decirlo así, bosquejadas, que necesitan, para determinarse bien,

---

recibir el reflejo de la conciencia general», decía Concepción Arenal en sus *Cartas a los delincuentes*, y añadía: «Los que no han tenido ocasión de estudiar a los criminales, no pueden imaginar la especie de caos moral que en muchos casos hace veces de conciencia; la idea extraña que tienen de sus derechos, de sus deberes, de la justicia; los errores que por verdades reciben, y cómo sólo ven en la ley y en la pena un poder enemigo más fuerte que ellos y que, por lo tanto, los sujeta y los oprime. Instruyendo a los niños debería de evitarse que los hombres llegasen a ese estado; pero en los males del alma, como en los del cuerpo, se tiene en más la terapéutica que la higiene, se da más importancia a la receta que pretende curar una enfermedad que al precepto que la hubiera evitado, y menos difícil nos parece que se lea la explicación del Código Penal en las cárceles y en los presidios que en las escuelas: por eso no hemos escrito cartas para los niños»<sup>9</sup>.

La educación en la prisión debe de ser integral y activa. Pues, «se ve que las personas que atinadamente cultivan diferentes facultades tienen muchos recursos en sí, es decir, una actividad bien aprovechada, que da medios variados de mantener la armonía interior, y medios exteriores para la vida material; se ve que peligra la razón, y suele sucumbir, en el que tiene una idea fija, es decir, la actividad toda concentrada en un punto y produciendo un desequilibrio que pronto llega a ser un trastorno completo»<sup>10</sup>.

La instrucción intelectual debe compaginarse con la educación moral —insistimos—, ambas entendidas en su sentido racional y universal. Existe en el individuo una tendencia natural hacia el bien, que debe de ser iluminada por el conocimiento: «La voluntad puede ser firme, para el bien, como para el mal —decía Concepción Arenal—; la conciencia *quiere* el bien pero no le *sabe*; ¡qué de males no se realizan con ella tranquila! De modo que no basta aquel espontáneo interior impulso que nos inclina a la virtud, al

deber, a la perfección, si no tenemos idea clara de lo que es la perfección, el deber y la virtud». Una sana educación moral hará descubrir al penado «un mundo en gran parte nuevo para él, un mundo donde hay deberes y derechos, faltas y méritos, desacuerdos y armonías, bellezas y deformidades, premios y expiaciones que él no sospecha»<sup>11</sup>.

Amoldar el comportamiento a unas normas externas, seguir ciegamente unas pautas, repugnaba al sentido pedagógico de Concepción Arenal y advertía que podía llegar a depravar el sentido moral. Es diferente adiestrar que educar moralmente y para lo segundo es imprescindible contar con la voluntad activa. En este sentido exponía en el Congreso Penitenciario de Roma que: «El hombre no es verdaderamente hombre sino por el ejercicio de su voluntad. La del delincuente, que pasó los límites debidos, tiene que verse reducida a una esfera de acción muy limitada. ¿Pero se sigue de aquí que no se le deba dejar acción alguna, y que por un período de tiempo a veces muy largo, se la considere como si no existiese? Todos los días, y a todas horas, se le estará diciendo al recluso que *debe*, y nunca se le preguntará si *quiere*. Esto, dígase lo que se diga y hágase lo que se haga, le rebaja, y no se elevará a sus propios ojos, ni se considerará como verdadera personalidad, si no hace alguna vez lo que quiere...» «Pero dentro de los límites del reglamento puede haber, y es preciso buscar, un medio que armonice las exigencias de la prisión con las de la naturaleza; y que, aún dentro del inevitable cautiverio, se dejen algunos movimientos libres al cautivo»<sup>12</sup>.

En los *Estudios penitenciarios* también hizo indicaciones para que el preso ejercitase en lo posible grados de libertad: «A esta voluntad, que libremente resuelve en lo interior, hay que dejarle en todo cuanto sea posible manifestaciones exteriores, porque si el penado no es más que un autómatas movido por los resortes de la disciplina; si se estrella siempre con imposibilidades materiales; si el método que se le aplica tiene por objeto dome-

---

ñar su voluntad, no dirigirla ni ejercitarla; o este objeto no se consigue, o se debilita el elemento que debía fortalecerse: porque el hombre es tanto más perfecto, cuando sus voliciones son más enérgicas y más rectas»<sup>13</sup>.

Hasta aquí el pensamiento de Concepción Arenal queda en una corriente del humanismo europeo con raíces ilustradas en la que podemos distinguir tres derivaciones: una que pasa por el agnosticismo, otra que llega al laicismo y otra que integra la dimensión religiosa. Concepción Arenal se encuentra en esta última. Era un sentido cristiano reformista que estaba proscrito por la ortodoxia española de su tiempo. La religiosidad, instinto natural y dimensión de la espiritualidad, era para ella medio de consuelo y perfeccionamiento. Por eso, también debía impartirse en la prisión educación religiosa. Pero ¿cómo? Huyendo del dogmatismo, de las imposiciones ciegas, ya que «...podría ser perjudicial, si la religión se convirtiera en superstición; si su enseñanza no fuera al fondo del corazón, como debe; si se hiciera consistir la perfección no en la esencia de las obras, sino en la forma solamente; y la expiación en fórmulas que prometieran temor, sin haber verdadera enmienda...».

El respeto a la conciencia es fundamental. «¿Cuál debe ser la religión en las penitenciarías? La de los penados. Los prácticos en la materia conocen, y reflexionando se comprenden, los graves inconvenientes de hacer una prisión teatro de propaganda religiosa y de los reclusos conversos»<sup>14</sup>. «La religión se persuade no se impone; debe ser tan libre como íntima, brotar espontánea de lo más elevado y puro del alma y no ser un movimiento maquinal y forzado»<sup>15</sup>.

Según exponía en el Congreso de Roma: «La instrucción religiosa puede limitarse a los días festivos; pero convendría mucho cimentarla en principios generales, que pueden aplicarse a todas las religiones; basarla en la trinidad eterna y universal de *misterio, dolor y aspiración a lo infinito*; no confundir lo didáctico con lo dogmático, ni las necesidades del

sentimiento que satisfacen la oración y el culto con las de la inteligencia a que debe proveer la instrucción. Hay que distinguir entre el que enseña y el que predica, porque el sermón se dirige a los fieles solamente, y la lección a todos los hombres. Tanto respecto del culto como de la instrucción religiosa, la asistencia ha de ser voluntaria, sobre lo que hay que insistir, porque no en todas partes se respeta en absoluto como es debido la libertad de conciencia»<sup>16</sup>.

Y también dio a los visitantes de los presos varias orientaciones en este sentido: «Como el visitador fatalista no ha de establecer en la penitenciaría cátedra del escepticismo, el creyente no ha de ser misionero; aquel lugar no es apropiado para la propaganda religiosa, y más fácilmente hará hipócritas que conversos»<sup>17</sup>.

## La institución penitenciaria

La penitenciaría no era concebida por Concepción Arenal tanto como un instrumento de represión cuanto de educación social. Según vemos, para ella hay una parte de castigo, proporcional al delito cometido y otra reparadora con la que ofrecer al penado los medios para encontrar la armonía perdida dentro de sí mismo y respecto a la sociedad. Decía en este sentido: «En esas grandes enfermerías del espíritu (que así deberían considerarse los establecimientos penitenciarios bien organizados) se debe a los enfermos, como en las otras, y más que en ninguna, no solamente lo que evita la muerte, sino lo que puede conducir a la salud...» «Ya hemos visto cuántas influencias recibe el hombre antes de ser penado que son ajenas a su voluntad; cómo según nace rico o pobre, en esta o aquella época en tal o cual familia, en un pueblo moral o desmoralizado, se halla en mejor o peor situación para reconocer y cumplir sus deberes. Si en el medio social halló elementos que en algo concurrieron a su caída ¿no tiene derecho a que la sociedad le procure también cuantos puedan contribuir a que se levante?»<sup>18</sup>.

---

La posibilidad reformista en la línea europea se insinuaba en 1863 cuando Concepción Arenal aceptó su primer cargo en la Administración General de Prisiones. El período de interinidad abierto en 1868 con el destronamiento de Isabel II resultó conflictivo pero esperanzador. Fue por entonces cuando publicó su *Examen de las bases aprobadas en las Cortes para la Reforma de las prisiones* (1869), haciendo valer su voz crítica. En 1873 durante la primera República ella formó parte de la Junta para la reforma penitenciaria junto a Francisco Giner de los Ríos y Gumersindo de Azcárate. Pero a partir de 1875 se fueron desvaneciendo muchas de las ilusiones de los reformistas. Concepción Arenal en 1877 denunciaba en los *Estudios penitenciarios* que en España se hacían «prácticas penitenciarias», que no podían llamarse «sistema» y que no existía voluntad política ni sensibilización ciudadana para una reforma de corte europeo. Así, «pasan las Constituciones y las formas de gobierno y quedan nuestras cárceles y presidios como un gran pecado que no inspira remordimiento»<sup>19</sup>.

La reforma a emprender en su tiempo era radical. Urgía, entre otras cosas, preparar una legislación no arbitraria, que no dejase nada de lo esencial a merced de los reglamentos internos de las prisiones, para ir erradicando abusos de fuerza<sup>20</sup>. La educación del delincuente sólo podía conseguirse respetando su dignidad<sup>21</sup> y por un personal experto y solvente moralmente. Y sin embargo: «Desconociendo absolutamente los medios de modificar y corregir a los criminales, se ha buscado la fuerza bruta para contenerlos, remedando cuanto se ha podido al régimen militar...», y continuaba «es muy corriente elegir militares para empleados; todo precisamente al revés de lo que debía suceder. Un establecimiento penal, debe ser una casa de educación; de educación lenta, difícil, que necesita conocimientos que los militares no tienen, y paciencia y calma que no suelen tener»<sup>22</sup>.

El personal que ella buscaba debía formar un equipo de expertos en materias diversas.

Proponía en la medida en que llegaban los horizontes de su época: «Es preciso que desaparezcan los cabos de vara; que los empleados en presidios sean de dos clases, pero que entrambas constituyan una carrera donde se entre por oposición, y donde no se pueda ser separado si no por formación de causa. En la clase inferior podrían entrar los maestros con título; en la superior licenciados en leyes o en administración que tuvieran conocimientos de fisiología, de los diferentes sistemas penitenciarios, de las leyes penales y de las disposiciones vigentes sobre el ramo...». Las plazas de los capellanes también debían de estar bien dotadas y «darse por oposición a sacerdotes ilustrados». Era necesario racionalizar la plantilla, pues: «Mientras los empleados entren sin los conocimientos necesarios y salgan a voluntad de un nuevo jefe; mientras no tengan ni aptitud, ni seguridad, sólo por excepción rara podrán ser un elemento moralizador, y no es posible reforma que no empiece por la suya».

La reforma de prisiones estaba al mismo nivel de necesidad que las restantes de la estructura socio-política, y sin embargo no se estaba teniendo en cuenta: «Todo ha mejorado, todo ha progresado más o menos; con mejor o peor criterio, en todo hemos procurado imitar lo que se hace en países más adelantados, sólo nuestros establecimientos penales son lo que eran: antros cavernosos de maldad, propios para matar los buenos sentimientos y dar vida a monstruos»<sup>23</sup>.

La medida utilitarista con que se distribuían los presupuestos del Estado dejaba reducidas las partidas para prisiones. A ello se añadían los despilfarros o malversaciones. Concepción Arenal que conocía bien la administración de prisiones, no se hacía falsas ilusiones. Pero indicaba que la solución estaba en destinar la necesaria dotación económica y gestionar mejor los recursos existentes. Pues, en definitiva: «La civilización es más cara que la barbarie, pero es productiva en mucha mayor proporción»<sup>24</sup>.

---

## La sensibilización de la opinión

Los intereses de los más poderosos suelen triunfar por sí mismos al margen de que se apoyen o no en una corriente de opinión favorable. Pero cuando se quiere promover una política reformista que no reviste en medidas lucrativas o en un bienestar tangible a corto plazo, es necesario antes crear un clima de opinión, de necesidad. Mientras vivía Concepción Arenal la reforma de las instituciones penitenciarias entraba en este último apartado. Ella con voluntad sinceramente reformadora se prestó a educar a la opinión, el medio más relevante que empleó en esta empresa fue *La Voz de la caridad*. El título de la revista hoy suscitará en algunos una mueca de desdén, en otros de inocente complacencia. Lo cierto es que fue el órgano de difusión de muchas consideraciones críticas y de respaldo a las más variadas iniciativas.

Cuando Concepción Arenal redactó su folleto *A todos* para mover a una opinión, que sabía ajena al tema, fue directa a lo más instintivo, explicando, con desenfado, que la reforma de prisiones era: «disminuir las probabilidades de que te roben o te asesinen». Aprovechaba que el Gobierno había abolido la pena de muerte para evidenciar la necesidad de organizar las prisiones y la utilidad social que se seguiría de ello. Se pronunciaba contra la realidad del sistema penitenciario: represión y aislamiento. Así no se resolvía la cuestión, se alejaba de la vista y con ello se agravaba al convertirse las prisiones en auténticas escuelas del crimen.

La violencia no podía reformar moralmente, sólo acelerar un círculo vicioso de mutua depravación entre los delincuentes y el resto del personal de prisiones. El estado de las prisiones estaba denotado, según ella, el nivel de moralidad —es decir, evolución— del pueblo español. «Error en las ideas; injusticia en las leyes; atraso en la instrucción; todo tiene allí sus terribles comprobantes, todo ha encarnado en seres que han hecho mal y sufren»<sup>25</sup>. Analizada la situación concluía: «Es decir, que no tenemos ni pena de muerte, ni

sistema penitenciario; nada que intimide, que corrija, ni que reprima. En cambio tenemos costumbres duras e instintos feroces...» «El respeto a la vida del hombre, está más bien en nuestros labios que en nuestro corazón»<sup>26</sup>.

## La sociedad

La institución penitenciaria ¿es una estribación de la estructura política o de la social? En los regímenes totalitarios parece estar más próxima a la primera, pero en la medida en que se trata de dar forma a la democracia parece más natural que no se aleje de la segunda. Las prisiones y penitenciarías para tener un cometido educador no deben cerrarse a las influencias exteriores. Esto significa la aproximación por ambas partes. La sociedad debería conocerlas más de cerca. Sin embargo, el colectivo social parece descansar bien sobre el nivel de la simple represión del delito. La prisión es ajena, mientras no atañe directamente en la propia persona, la del familiar o el amigo. Unos somos los ciudadanos decentes, otros quienes están tras las rejas. El juez sabrá porqué.

Es muy fácil en la medida que se va alcanzando una posición ir desensibilizando de los dolores de quienes nos rodean. Se van viendo normales las miserias de los demás y se juzgan como defectos lo que a veces significan las virtudes de los menos afortunados, pues según exponía Concepción Arenal en las *Cartas a un señor*: «El pobre que *no* abandona a sus padres, ni a sus hijos; que *no* maltrata a su mujer; que *no* se embriaga; que *no* roba; que *no* es pendenciero ni da escándalo; que *no* es tramposo; que *no* hiere ni mata ni se rebela contra las leyes, es un hombre honrado. Pretender que tenga una grande iniciativa para el bien; que positivamente haga por sus padres, por sus hijos, por su mujer, por la sociedad, todo lo que convendría para la felicidad y perfección de todos, es querer un imposible, y negarse a la evidencia...» «El rico, la persona regularmente acomodada no tiene mérito en la mayor parte de las acciones que constituyen la vir-



---

tud del pobre, porque virtud supone combate, sacrificio, esfuerzo, vencer alguna dificultad que lo sea o que lo ha sido, antes que la persona llegue al grado de perfección en que toda acción buena es natural...».

Entre las facetas poco conocidas de Concepción Arenal está la insistencia y sutileza con que intentó la reforma moral de las personas bien asentadas que se van endureciendo. *La Voz de la caridad* sirvió para hacer muchas consideraciones de lo más elemental, que no pocas veces resultaban molestas: «Cuando nos inunda la luz reflejada por los espejos —decía en una ocasión— o graduamos la de la lámpara brillante con pantallas más o menos diáfanas, no pensamos que hay centenares, miles de criaturas muy cerca de nosotros que cesan de ver cuando el sol cesa de alumbrar, que tienen en el invierno catorce horas de noche, y que hallan en las tinieblas el lúgubre compañero de sus dolores...» «En la oscuridad, los dolores se dilatan como las pupilas; crecen y se amargan y se multiplican unos con otros, cuando del mundo exterior no les viene ninguna distracción, cuando la falta de luz parece ponerlos a cubierto de santas y consoladoras influencias, y facilita los estragos del despecho, del odio, de la desesperación, como los atentados de los malhechores...» «Si con el amor no penetramos en la morada del miserable, tal vez con el odio penetre él en la nuestra, y cuando preguntemos: *¿Quién es ese hombre que nos acomete en la oscuridad?*, podrán respondernos: *El niño que habéis dejado depravarse en las tinieblas*»<sup>27</sup>.

La culpa social en el crimen resultaba ser una de las preocupaciones dominantes en la obra de Concepción Arenal, que comentaba: «Mientras la sociedad no trate a todos sus miembros como *hijos*, por seguro debe temer que habrá muchos que no la miren como *madre*»<sup>28</sup>. La lógica le decía que proporcionar los medios de educación, de capacitación profesional, las mejoras de seguridad e higiene en la producción, las posibilidades de una vivienda digna..., significaba extender las

fuentes de riqueza y ampliar el radio del bienestar social. Ella trabajó próxima a la Comisión de Reformas Sociales, para sensibilizar a la opinión en este tipo de reforma integral y para que se admitiese la labor intervencionista del Estado en estas cuestiones. Estaba convencida de que en la medida en que progresa integralmente la sociedad disminuyen los delitos que son fruto de carencias y de la necesidad de supervivencia.

Muchos de los llamados incorregibles eran para Concepción Arenal un producto de la institución penitenciaria y de la sociedad, ya que «...son miles, muchos miles en cada país los que por delitos leves sufren la corrupción y la infamia de la prisión, y los que al salir de ella hallan la facultad o la imposibilidad de vivir honradamente y que los empuja a la reincidencia; ellos son el plantel de donde por una especie de fatalidad social, sale las más de las veces el delincuente que se presenta como prueba de fatalidad orgánica»<sup>29</sup>.

## La reinserción

Si la prisión ha proporcionado los medios necesarios para la instrucción y moralización del penado, una vez cumplida la condena debe contemplarse la reinserción social. ¿A qué atañe? Concepción Arenal tenía muy claro como repartir las competencias dentro del Estado con un sentido organicista. El presidente del Gobierno, el ministro del ramo, el juez, el legislador tienen su función y obligaciones, pero a ninguno de ellos le es materialmente posible seguir los pasos del expresidente; la sociedad civil puede y debe. Cada penado tiene una problemática concreta y personal, según su carácter, su preparación, las posibilidades y resistencias que le ofrezcan el medio familiar y social al que debe volver.

La reincidencia parece resultar un inevitable destino para quien al salir de la prisión se encuentra carente de medios, rodeado de las mismas circunstancias y amistades que le impulsaron al delito y sin nadie a quien acudir para encontrar nuevas oportunidades: «El

modo de ser de los asociados. Esta semejanza, hay que repetirlo, no basta que sea parcial, no ha de limitarse a uno de los elementos de la humanidad, sino comprenderlos todos, porque donde quiera que haya grandes masas de hombres en la miseria extrema, en la depravación suma o en la ignorancia absoluta, se pretenderá en vano igualarlos con los que están en circunstancias opuestas...» «Así, pues, para que la igualdad se establezca en el derecho y en la justicia es necesario que los hombres no se hallen en circunstancias que la hagan imposible por esenciales diferencias en lo físico, lo moral o lo intelectual, y que paralelamente marchen los progresos económicos, los intelectuales y los morales»<sup>34</sup>.

Y tengamos en cuenta que «no sólo el derecho no puede separarse de la moral, sino que el progreso consiste en que se unan cada vez más íntimamente»<sup>35</sup>.

Las leyes formuladas racionalmente son estadios intermedios en el progreso de la humanidad. El sentido natural y ético del Derecho que tenía Concepción Arenal tuvo una expresión paralela en Francisco Giner de los Ríos. La norma moral, entendida en su sentido racionalista, necesita estar escrita para encaminar a los individuos y las sociedades hacia su perfección. Esto sucede en los preliminares de la civilización en los que nos encontramos; pero en la medida en que el ser humano vaya controlando sus tendencias instintivas antisociales y asumiendo su soberanía, las normas irán dejando de tener que estar escritas en los códigos para ir quedando explícitas en las conciencias.

«El ideal de una sociedad —decía Concepción Arenal en *La instrucción del pueblo*— sería que todos los individuos que la componen, comprendiendo perfectamente sus deberes, los cumplieran sin coacción alguna, de modo que no hubiese necesidad de leyes ni de tribunales que las aplicasen, ni fuerza pública para apoyarlas. En este caso no habría distinción entre el deber moral y el deber legal, siendo entrambos igualmente obligato-

rios, y voluntariamente aceptados y cumplidos. Aunque con menor grado de perfección, todavía tendría mucha la sociedad en que siendo necesario promulgar leyes, establecer tribunales y apoyarlas en fuerza armada, todo deber moral fuese legal; es decir que no hubiera acción injusta que no fuese justiciable».

## Notas

- <sup>1</sup> ARENAL, CONCEPCIÓN: «Artículos sobre beneficencia y prisiones». *La Voz de la caridad*. Obras completas, T. XIX, Madrid, Victoriano Suárez, págs. 434-440. 1902.
- <sup>2</sup> ARENAL, CONCEPCIÓN: *Cartas a los delinquentes*. Mariano M. y Sancho, 1865. Edición de las Obras completas, T. III, págs. 9-11 y 17. La Coruña, 1894.
- <sup>3</sup> ARENAL, CONCEPCIÓN: *Estudios penitenciarios* (1ª edición 1877). Obras completas, T.V., Victoriano Suárez, pág. 250. Madrid, 1985.
- <sup>4</sup> *Ibidem*, pág. 256.
- <sup>5</sup> *Ibidem*, pág. 267.
- <sup>6</sup> *Ibidem*, pág. 282.
- <sup>7</sup> *Ibidem*, págs. 279-280.
- <sup>8</sup> *Ibidem*, págs. 283-284.
- <sup>9</sup> ARENAL, CONCEPCIÓN: *Cartas a los delinquentes*. *Op. cit.*, T. III, págs. 7-11.
- <sup>10</sup> ARENAL, CONCEPCIÓN: *Estudios penitenciarios*, Obras completas, T. VI, págs. 147-150. 1895.
- <sup>11</sup> *Ibidem*, págs. 117-129. Capítulo «De la instrucción y educación del penado», págs. 115-184.
- <sup>12</sup> ARENAL, CONCEPCIÓN: *Informes penitenciarios*. Obras completas, T. XIV. Victoriano Suárez, págs. 69-72. Madrid. Ver también C. ARENAL, *El visitador del preso*, La España Moderna, cap. XI, págs. 147-163. Madrid.
- <sup>13</sup> ARENAL, CONCEPCIÓN: *Estudios penitenciarios*. *Op. cit.*, T. VI, págs. 209-211. 1895.
- <sup>14</sup> *Ibidem*, pág. 136.
- <sup>15</sup> *Ibidem*, pág. 139.
- <sup>16</sup> ARENAL, CONCEPCIÓN: *Informes... Op. cit.*, T. XIV, págs. 75-78. 1896.
- <sup>17</sup> ARENAL, CONCEPCIÓN: *El visitador del preso*. *Op. cit.*, págs. 62-67.

- 
- <sup>18</sup> ARENAL, CONCEPCIÓN: *Estudios penitenciaros*. *Op. cit.*, T. V, págs. 260-261. 1895.
- <sup>19</sup> *Ibidem*, págs. 12-13.
- <sup>20</sup> *Ibidem*, págs. 22-23.
- <sup>21</sup> *Ibidem*, pág. 28. «La dignidad del hombre es el principal elemento de su regeneración, y debe respetarse y custodiarse piadosamente como una chispa de fuego sagrado que puede purificarle algún día».
- <sup>22</sup> *Ibidem*, pág. 26.
- <sup>23</sup> ARENAL, CONCEPCIÓN: «A todos». Imp. de la *Revista de Legislación*, pág. 7. Madrid, 1869.
- <sup>24</sup> *Ibidem*, pág. 29.
- <sup>25</sup> *Ibidem*, pág. 7.
- <sup>26</sup> *Ibidem*, págs. 10-11.
- <sup>27</sup> ARENAL, CONCEPCIÓN: «Artículos sobre beneficencia y prisiones». *Op. cit.*, T. XIX, págs. 18-23.
- <sup>28</sup> *Ibidem*, págs. 144-147.
- <sup>29</sup> ARENAL, CONCEPCIÓN: *El visitador del preso*. *Op. cit.*, págs. 27 y 40.
- <sup>30</sup> *Ibidem*, *Informes...* *Op. cit.*, T. XIV, pág. 256. 1896.
- <sup>31</sup> *Ibidem*, págs. 234-235.
- <sup>32</sup> *Ibidem*, págs. 236-238.
- <sup>33</sup> *Bulletin de la Société Generale des prisons*, avril 1882, nº 4, págs. 468-475.
- <sup>34</sup> ARENAL, CONCEPCIÓN: *La igualdad*. Obras completas, T. XVII. Victoriano Suárez, págs. 115-116. Madrid, 1895.
- <sup>35</sup> *Ibidem*, págs. 92-98.



## PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIA Y ACONTECIMIENTOS VITALES

### Introducción

De la tripolaridad que desde el punto de vista de la epidemiología se señala como factores causales de la drogodependencia, un vértice sería la sustancia, droga (agente) y sus efectos, otro sería el sujeto (huésped) y su mundo psicoafectivo y por último, el tercer vértice hace referencia a la situación (ambiente) y al conjunto de relaciones.

Es cierto que aumenta la necesidad de prevenir en un problema como la drogodependencia por su alta incidencia en la sociedad.

Toda acción de prevención primaria que es de la que aquí nos vamos a ocupar, de manera especial, puede ser considerada según dos aproximaciones: la limitación de la disponibilidad de las drogas y la reducción de la demanda.

El vértice droga es una constante y el acercamiento que le corresponde sería la limitación de la disponibilidad de las drogas con medidas como: limitación y sustitución de cultivos, disminución de la producción, fabricación y elaboración, control de la distribución y control y distribución de las ventas.

Pero, estas medidas no son eficaces si no van acompañadas de la reducción de la de-

manda que giraría alrededor de los otros dos vértices, el sujeto y la situación.

Hasta ahora los modelos que se han seguido para realizar prevención primaria citando a Nowlis (1975) han sido el modelo ético-jurídico, el médico-sanitario, el psicosocial y el sociocultural.

Y cada uno de estos modelos ha ido superando al anterior en algunas posiciones como:

1. El dogma según el cual la información es suficiente para influir sobre el comportamiento.
2. El modelo médico centrado sobre el concepto de enfermedad.
3. El modelo de competencia médica absoluta que se reserva el monopolio de la educación sanitaria.
4. La relación de dominio experto omnisciente-cliente ignorante.
5. La aproximación paternalista del género maestro-alumno.
6. La fragmentación de acciones, presentando la educación sanitaria por pequeños capítulos.
7. La disociación de temas que se aislan del contexto social y cultural.
8. Y más recientemente una confianza casi ciega en el poder de los medios de comu-

---

nicación en materia de educación para la salud y dando por hecho que un comportamiento frente a la salud puede venderse como cualquier otro producto comercial.

Como superación de los modelos anteriores surge el modelo de prevención en la psicología comunitaria (Pelechano, 1979). Se propone un modelo de competencia partiendo de la base de que la prevención es ante todo promoción de la salud que se constituye en el desarrollo de habilidades y destrezas sociales, y para este modelo es necesario, desde mi punto de vista, que se conozcan los acontecimientos vitales.

La complejidad de la prevención ha basculado entre la reducción del problema o la sustancia y la utopía de querer cambiar todo el sistema económico-social. Y esto, es así porque el análisis y la planificación de la prevención de drogodependencia es en gran modo provisional, estando sometido al cambio por las características de las variables que intervienen en el fenómeno.

Nuestro objetivo es identificar y describir los acontecimientos vitales que influyen, precipitan o mantienen la drogodependencia, ya que estos son precipitantes o mantenedores por lo indeseable del estresor, por el tiempo o cronicidad y porque hacen al drogodependiente percibirse negativamente.

La interpretación del estresor atraviesa dos fases: en la primera se evalúa el significado del acontecimiento vital con respecto a la repercusión personal, familiar, laboral, social, etc. En la segunda fase se realiza la valoración, teniendo en cuenta los recursos que posee el drogodependiente para enfrentarse a la situación estresante.

Este último es vulnerable porque por su cadena de acontecimientos vitales no ha sabido adquirir las habilidades cognitivas y sociales valoradas.

Tanto los acontecimientos vitales habituales, como extraordinarios, ofrecen una información imprescindible para realizar prevención primaria, secundaria y terciaria porque desde esta perspectiva se tienen en cuenta las si-

tuaciones de riesgo que, a lo largo de los ciclos vitales, pueden sufrir los miembros de una comunidad.

Los acontecimientos vitales precipitan o provocan enfermedades físicas (Maddi, Bartone y Puccetti, 1987), como infarto de miocardio, hipertensión (Jorgensen y Houston, 1989); se ha podido observar que las crisis familiares modifican la susceptibilidad a las enfermedades por estreptococos (Meyer y Haggerty, 1962) o que existe una fuerte asociación entre situaciones estresantes y el desarrollo de lesiones causadas por herpes simple (Blank y Brody, 1950) o cáncer (Scherg y Blohmxe, 1988) y también los sucesos vitales estresantes debilitan el sistema inmunológico (Solomon y Amkraut, 1974). En este sentido, se podría apostar porque la situación estresante de saberse seropositivo incrementa la fragilidad ante el virus del SIDA (Mansilla, 1990).

También enfermedades psíquicas.

De Loof, Zandbergen, Lousberg, Pols y otros (1989) examinan la función de los acontecimientos vitales en el desarrollo de los trastornos por angustia.

Brugha y Conroy (1985) encuentran que en los seis meses anteriores a la depresión, los que la sufren, tienen más sucesos somatizantes después de realizar un estudio en medicina general.

Bloom, Smith y otros (1987) hallan relación entre la inmunodeficiencia y la depresión.

Shourt, Link, Dohrenwend, Skodol, Stueve y Mirotznik (1989) manifiestan que los acontecimientos vitales de pérdida influyen en la depresión.

Brown y Harris (1978) observan que las mujeres de la clase obrera son más vulnerables y esto tiene que ver con la falta de relación con el marido. Estos factores no aparecen como generadores de la depresión, pero aumentan la probabilidad de la precipitación.

Se muestra también evidencia de la influencia de la pérdida de la madre en la primera infancia como factor de vulnerabilidad.

---

Goodyer, Wright y Altham (1990), ven la contribución de los acontecimientos vitales recientes en el desarrollo de desórdenes ansiosos y depresivos en los niños. Y también en adolescentes (Swearingen y Cohen, 1985).

Tennat (1985), investiga los eventos vitales y la aparición de la recaída en los episodios esquizofrénicos.

Fallón (1986), señala que el estrés ambiental es un factor significativo en el curso de la esquizofrenia.

Sclare y Creed (1990), examinan la relación entre los acontecimientos vitales y la manía.

Algunas investigaciones han confirmado la existencia de un eslabón entre acontecimientos vitales estresantes y uso de droga (Hannerson and Rauh, 1979; Penk *et al*, 1981; Robert *et al*, 1982) y alcohol (Brown, 1987).

La naturaleza de estresor puede ser una catástrofe, como la guerra de Vietnam (Foy, Sipprelle, Rueger and Carrol, 1984) o un trauma del tipo del divorcio, muerte de un familiar o un amigo (Bruns and Geist, 1984).

También, es evidente la relación entre acontecimientos vitales estresantes y uso de drogas en adolescentes (Bruns and Geist, 1984; Newcomb and Harlow, 1986).

Así como que las crisis vitales tienen un papel más importante que la depresión en la recaída de los drogodependientes (Kosten, 1986).

En la literatura sobre el tema, hemos entresacado algunas referencias a eventos vitales en drogodependencia.

La crisis de adolescencia es un evento vital que se acumula a la vulnerabilidad del drogodependiente, vulnerabilidad desarrollada por el déficit de apoyo familiar y de soporte social.

Para Ángel y Ángel (1988) la anamnesis descubre la existencia de numerosos antecedentes psicopatológicos en uno o varios miembros del grupo familiar.

Las investigaciones epidemiológicas constatan el abuso de psicofármacos y alcohol en padres y abuelos.

Coleman (1988), señala que el 72% de las familias de drogodependientes han sufrido la pérdida en forma inesperada o traumática de por lo menos un miembro.

El fracaso escolar conduce a ser discriminado por compañeros y profesores, lo que produce aumento de la insatisfacción escolar. Los adolescentes consumidores de drogas tienen un grado de insatisfacción escolar más elevado que los adolescentes que no presentan tales conductas (Barca Lozano y otros, 1986).

## **Método**

### *Muestra*

60 sujetos, de los cuales 31 eran varones y 29 mujeres, de edad comprendida entre 23 y 28 años, elegidos de forma aleatoria, heroínómanos por vía intravenosa, de distinto nivel socioeconómico y cultural y con un período de abstinencia superior a un mes.

45 sujetos, proceden de la población de seis distritos de Madrid (Salamanca, Chamberí, Arganzuela, Retiro, Centro y Moncloa) que acuden a un Centro de Atención a Drogodependientes y 15 sujetos que proceden de otros distritos de Madrid y de otras provincias, que acuden al Centro de Acogida San Isidro.

### *Medidas*

El inventario utilizado está compuesto de 45 ítems y es una adaptación de la Escala de Readaptación Social, elaborada por Holmes y Rahe en 1967, revisada más tarde por Paikel.

### *Procedimiento*

Por medio de entrevista se recoge la biografía del sujeto en dos sesiones: en la primera se investigan el número y tipo de los acontecimientos vitales valorados como indeseables o de pérdida y sus circunstancias de

---

los seis años anteriores a la dependencia. En la segunda sesión, en día diferente, se investigan el número y tipo de los acontecimientos vitales de los seis años siguientes.

### *Resultados y valoración*

1. En la distribución temporal de los acontecimientos vitales durante un período de tiempo de 11 años, agrupados en 6 años anteriores al comienzo de la dependencia y 6 años posteriores a la dependencia (utilizo el término dependencia y no consumo porque desde el primer consumo hasta la dependencia hay un período de tiempo variable), encontramos que el número de acontecimientos vitales crece moderadamente hasta pasado el primer año de la dependencia, incrementándose después (ver Cuadro I). Lo que nos lleva a pensar, que si la prevención primaria en este tema es complicada por el número de acontecimientos vitales que intervienen, más aún lo serán en el tratamiento y la reinserción, ya que el número de acontecimientos vitales posteriores a la dependencia es mucho mayor.

2. Encontramos diferencias en la frecuencia media de acontecimientos vitales antes de la dependencia y después de la dependencia (ver Cuadros II y III).

Vemos que antes de la dependencia son las áreas Vida Afectiva y Estilo de Vida las que puntúan más alto. Sin embargo, después de la dependencia las áreas que destacan son: Justicia, Vida Afectiva, Salud y Estilo de Vida.

3. Varían algunos acontecimientos vitales que aumentan significativamente anterior y posterior a la dependencia. Entre los acontecimientos vitales que preceden a la drogodependencia debemos destacar: dificultades durante el servicio militar, abandono de los estudios, muerte de un familiar próximo, y entre los acontecimientos consecuentes a la drogodependencia tenemos que resaltar: paro, muerte de un amigo íntimo, actos prohibidos por la ley, estancia en prisión, disputa con el círculo familiar, problemas en la esfera sexual. (Para más detalle ver Cuadro IV.)

4. No encontramos diferencias significativas por sexo ni en el número de acontecimientos vitales ni por áreas.

Podemos afirmar que los acontecimientos vitales ejercen una fuerte influencia en unos casos y en otros precipitan el consumo de drogas. Y que algunos de los acontecimientos vitales precedentes al consumo y consecuentes coinciden. Pero, es indudable que a partir de la dependencia de drogas los acontecimientos vitales se multiplican sin solución de continuidad.

Del acontecimiento vital podemos valorar la dimensión cuantitativa del impacto, a partir del cual podemos reconocer la resonancia en el nivel simbólico, cognitivo y atribucional. La clave de este nivel se encuentra en la evolución estratigráfica de los acontecimientos vitales de la infancia de cada individuo.

Son los acontecimientos vitales que podríamos denominar principales, lo que junto a los acontecimientos de la vida diaria conforman el estilo de vida de la persona; por ello, a las encuestas motivacionales y los estudios sociodemográficos deben añadirse investigaciones en el campo de los acontecimientos vitales ya que nos abren una puerta en la prevención.

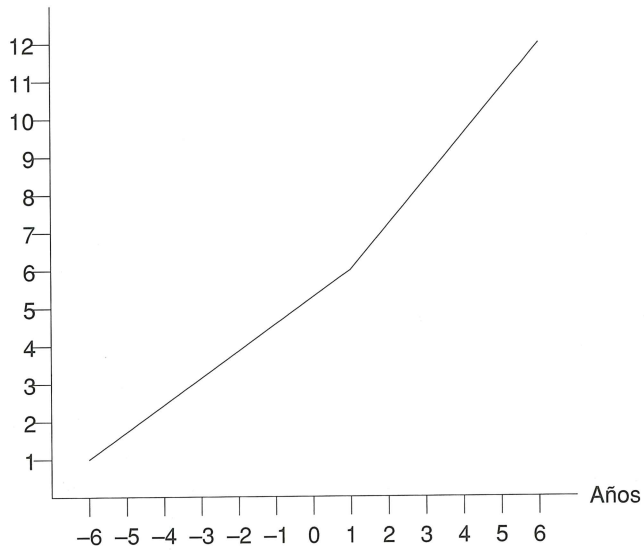
Debemos señalar una carencia, aunque somos consciente de ella: no hemos analizado el papel mediador que representa el apoyo social en la relación de influencia entre acontecimientos vitales y drogodependencia, aunque consideramos acertado como Frydman, 1981, que hay un efecto directo del apoyo social, independiente del nivel de estrés y un efecto «buffer», que sería un protector frente a los efectos de los acontecimientos estresantes. Es obvio, que este aspecto también es importante a la hora de realizar prevención, tratamiento y rehabilitación.

Por último, decir, que a pesar de las críticas metodológicas que pudieran realizarse a este tipo de investigaciones, como las que hace Brown, y en particular a este trabajo por lo reducido de la muestra, desde mi punto de vista no invalidan las aportaciones.



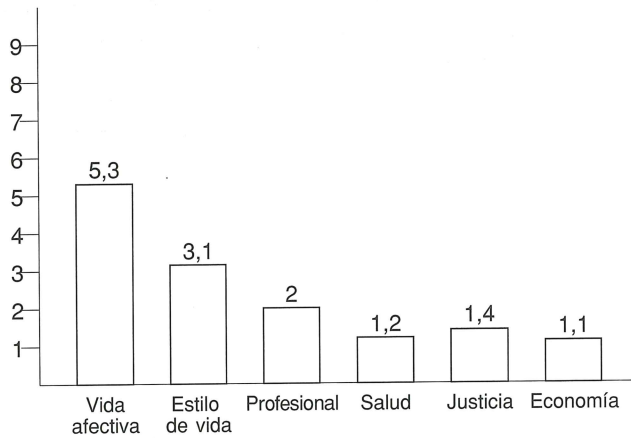
**Cuadro I**

N.º de acontecimientos vitales



**Cuadro II**

N.º de acontecimientos vitales



*Frecuencia media de acontecimientos vitales por áreas antes de la dependencia*

**Cuadro III**



*Frecuencia media de acontecimientos vitales  
por áreas después de la dependencia*



---

## Bibliografía

- ÁNGEL, S. y ÁNGEL, P.: «Drogadicción y familia». *Revista de Terapia Familiar*. Año XI. Noviembre. 1988.
- BARCA LOZANO, A. y otros: «Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia». Implicaciones para el tratamiento. *Estudios de Psicología*, n.º 25, págs. 103-109. 1986.
- BLANK, H. y BRODY, M. W.: «Recurrent Herpes Simplex» *Psychosom. Med.* n.º 12. 1950.
- BROW, S. A.: «Alcohol use and type of life events experienced during adolescence». *Psychology of Addictive Behaviors*. Vol. 1, n.º 2, págs. 104-107. 1987.
- BROWN G. W. y HARRIS, T.: *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder*. Taristock. London. 1978.
- BRUNS, C. y GEIST, C. S.: «Stressful life events and drug use among adolescent». *Journal of Human Stress*, 10, págs. 135-139. 1984.
- CALAFAT FAR, A.: *La prevención posible, en la toxicomanía: sujeto, objeto y contexto de Fábregas y Bardón*. Ed. Espaxs. Barcelona. 1988.
- CANO, L. y BERJANO, R.: *Educación y drogas en la Comunidad Valenciana*. Conselleria de Treball i Seguretat Social. Generalitat Valencian. 1986.
- COLEMAN, S. B.; KAPLAN, J. D. y DOWNING, R. W.: «Ciclo de vida y abandono». *Rev. de Terapia Familiar*. Año XI. Noviembre. 1988.
- FLÓREZ LOZANO, J. A.: «La neurosis de los cambios vitales». *Rev. Sístole*, n.º 20. 1990.
- FOY, D. W.; SIPPRELLE, R. C.; RUEGER, D. B. y CARROL, E. M.: «Etiology of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: Analysis of premilitary, military and combat exposure influences». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n.º 52, págs. 79-87. 1984.
- FRYDMAN, M.: «Social Support, Life Events and Psychiatric Symptoms. A study of direct, conditional and interaction effects». *Soc. Psychiatry*, n.º 16, págs. 69-78. 1981.
- GOODYER, I.; WRIGHT, C. y ALTHAM, P.: «The Friendships and Recent Life Events of Anxious and Depressed School-Age Children». *British Journal of Psychiatry*. Vol. 156, págs. 689-698. May. 1990.
- GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, B.: «Acontecimientos vitales y salud mental: Definición y contenido». *Jano*, Vol. XXXII, n.º 760. 1987.
- GRILLET, C.; HOUDIARD, C.; TRAPET, P.; GISSELMANN, A. y MARÍN, A.: «L'adolescence, événement vital?». *Psychologie médicale*. 20, 3: 345-347. 1988.
- GUYOTAT, J. y FÉDIDA, P.: *Événement et Psychopathologie*. SIMEP. Lyon-Villeurbanne. 1985.
- HOLMES, T. H. y RAHE, R. M.: «The Social Readjustment Rating Scale». *Journal of Psychosomatic Research*. 11, págs. 213-218. 1967.
- JORGENSEN, R. S. y HOUSTAN, B. K.: «Reporting of Life Events, Family History of Hypertension and Cardiovascular Activity at rest and during Psychological stress». *Biological Psychology*. Vol. 28, n.º 2, págs. 135-148. 1989.
- LACROIX, Ph. y STYLIANIDIS, S.: «Prévention en psychiatrie: entre le modèle médical et l'approche sociologique». *Psychologie Médicale*. 20, 1: 39-43. 1988.
- LOBO, A.: «Acontecimientos de vida (life-events): Una versión moderna de la teoría del stress». *Rev. de Psiquiatría y Psicología Médica*. XVI, 4, págs. 243-272. 1983.
- MADDI, S. R.; BARTONE, P. T. y PUCCETTI, M. C.: «Stressful Events Are Indeed a Factor in Physical Illness: Reply to Schroeder and Costa (1984)». *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 52, n.º 4, págs. 883-843. 1984.
- MACÍA ANTÓN, D.: *Método conductual de prevención de la drogodependencia*. Serie

- 
- Psicología Aplicada. Ed. Promolibro. 1986.
- MANSILLA IZQUIERDO, F.: «Trastorno Borderline de la Personalidad y Drogodependencia». Comunicación II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia. 1990.
- MEYER, R. J. y HAGGERTY, R. J.: «Streptococcal Infection in Families: Factors Altering Individual Susceptibility». *Pediatric*, n.º 29. 1962.
- NEWCOMB, M. y HARLOW, L.: «Life events and substance use among adolescents: Mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life». *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 51, n.º 3, págs. 564-577. 1986.
- NOWLIS, E.: *La droga y la educación*. UNESCO. París. 1975.
- OÑATE, P.: «Prevención educacional de las toxicomanías: Criterios básicos». *Comunidad y drogas*, n.º 3, págs. 83-99.
- OZAMIZ, J. A. y otros: *Psicosociología de la salud mental*. Ediciones Tártalo. San Sebastián. 1989.
- OZAMIZ, J. A.: «Sucesos vitales y trastornos mentales». Ponencia. XVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid. 1990.
- PAYKEL, E. S.; PRUSOFF, B. A.; UHLENHUTH, E. H.: «Scaling of life events». *Arch. Gen. Psychiat.* 25. 1971.
- PELECHANO, V.: «Psicología Evolutiva Comunitaria en EGB». Monografía del Departamento de Psicología Evolutiva y Diferencial. Universidad de Valencia. 1979.
- PELECHANO, V.: *Terapia Familiar Comunitaria*. Ed. Altaplus. Valencia. 1980.
- RHODES, J. E. y JANSON, L. A.: *Preventing Substance Abuse Among Children and Adolescents*. Pergamon Press, N. Y. 1988.
- RODRÍGUEZ MARTOS, A.: *Manual preventivo contra la drogadicción*. Ed. Mitre. Barcelona. 1985.
- SCHERG, H. y BLOHMKE, M.: «Associations between selected life events and cancer». *Behavioral Medicine*. Vol. 14, n.º 3, págs. 119-124. 1988.
- SCLARE, P. y CREED, F.: «Life Events and the Onset of Mania». *British Journal of Psychiatry*. Vol. 156, págs. 508-514. April. 1990.
- SERRANO GONZÁLEZ, Mª I.: *Educación para la Salud y Participación Comunitaria*. Ediciones Díaz de Santos, S. A. 1990.
- SHROUT, P. E.; LINK, B. G.; DOHRENWEND, B.P.; SKODOL, A. E.; STUEVE, A. y MIROZNIK, J.: «Characterizing Life Events as Risk Factors for Depression: The Role of Fateful Loss Events». *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 98, n.º 4, págs. 460-467. 1989.
- SOLÉ PUIG, J. R.: *Terapia antidroga*. Salvat Editores. Barcelona. 1989.
- SWEARINGEN, E. M. y COHEN, L. H.: «Life Events and Psychological Distress: A Prospective Study of Young Adolescents». *Developmental Psychology*. Vol. 21, n.º 6, págs. 1045-1054. 1985.
- TENNANT, C. C.: «Stress and Schizophrenia: A Review Commentary». *Integrative Psychiatry*. Vol. 3, n.º 4, págs. 258-259. 1985.
- VUYLSTEEK, K.: «Toxicomanie et prévention primaire». En J. Bergeret et J. Leblanc, en col. *Précis des toxicomanies*. Ed. Masson. París. 1988.
-



## TRABAJO SOCIAL CON FAMILIAS COMO BASE DEL AUTODESARROLLO DE LA COMUNIDAD

### Apuntes para una nueva conceptualización

#### Introducción

El Trabajo Social en medios comunitarios debe estar expuesto a una continua conceptualización en base al desarrollo de experiencias innovadoras y los ajustes necesarios a las nuevas realidades sociales y económicas que inciden en el medio comunitario.

La animación y el desarrollo de «comunidades limitadas» es una problemática específica y que supone, por un lado, la acotación del concepto «Comunidad» limitando su ámbito explicativo a aquellos núcleos reducidos de personas y familias cuyos límites sociales, urbanísticos, socioeconómicos, culturales-valorativos, arquitectónicos, etc., están suficientemente establecidos.

Estas comunidades limitadas, son con frecuencia objeto de intervención de los Servicios Sociales generales, por localizarse en su seno una compleja problemática social que tiene en muchos casos su origen en condiciones de marginación-segregación históricamente regeneradas.

En este medio social, el Trabajo Social con familias cobra toda su significación como punto de abordaje de problemáticas tanto individuales como comunitarias, de ahí la necesidad de continuar avanzando en la conceptualización y aportes teóricos solventes que fundamenten estas intervenciones.

#### Sobre el concepto de Unidad Familiar

Nuestras hipótesis se fundamentan en un modelo de unidad familiar alejado del modelo «familia nuclear» parsoniano, por lo demás ya suficientemente cuestionado y en desuso.

El modelo de «Familia Extensa Modificada» (en lo sucesivo FEM) desarrollado por Sussman y Burchinal<sup>1</sup> se adecua de forma bastante exacta a las redes de parentesco, que los trabajadores sociales observamos en la realidad de las «Comunidades Limitadas».

Este modelo profundiza en las relaciones existentes entre los distintos núcleos familiares e individuos de una misma familia extensa dentro de sociedades urbanas actuales y que no se identifica necesariamente con la concepción tradicional de familia extensa troncal o generacional. Aquí la interdependencia es más difusa y los servicios y prestaciones de ayuda mutua se circunscriben a acontecimientos puntuales y concretos. Se asegura la unidad en base a visitas periódicas, ocupación conjunta del tiempo libre, apoyo y solidaridad en la promoción ocupacional, etc.

---

## Reflexión sobre nuestras experiencias en «Comunidades Limitadas»

Nuestra experiencia en este ámbito de actuación del Trabajo Social viene a poner de manifiesto una escasa adecuación entre los importantes recursos destinados y los más bien, escasos y dispersos objetivos logrados. No sólo esto, las intervenciones genéricas de animación o desarrollo comunitario generan resultados genéricos y poco apreciables, en todos los sentidos.

Algunas de nuestras reflexiones sobre estas experiencias pueden ser las siguientes:

- Es evidente que se genera frustración cuando tratamos de llevar a cabo los proyectos teóricos diseñados. Nuestros proyectos se plantean teóricamente como un todo globalizador y encadenado, se plantea como sucesión de actividades, que deberían ocupar buena parte del tiempo-espacio de los destinatarios. La puesta en práctica necesariamente, es otra cosa. La percepción del sujeto, es la de sucesión, a veces «paracaídas» de actuaciones inconexas a lo largo de un período dilatado de tiempo (un año, por ejemplo).
  - Desde el Trabajo Social se opera mediante «establecimientos estancos» en base a la división clásica de Trabajo Social de individuos-grupos-comunidad. En base a esta parcelación se distribuyen los profesionales especializados «Educadores de familia», «Educadores de calle», «Animador sociocultural», etc. Cuando en realidad es que individuo-grupo-comunidad son «vasos comunicantes».
  - Gracias al «efecto herizo», asentado en toda comunidad limitada, más aún, si el problema de la droga está presente, la comunidad nos cierra la intervención, el trato o la relación con los que ella misma determina que no debemos actuar. Los profesionales nos instalamos en las intervenciones más accesibles, más fáciles.
- Nuestro trabajo con la comunidad abusa de las actuaciones con los «grupos de iguales». En línea de lo indicado anteriormente, marginando la intervención con «grupos generacionales».

## Nuestra hipótesis de intervención

Planteamos, bajo la formulación de hipótesis, lo que desde nuestra experiencia debe ser el trabajo con familias, dentro de las Comunidades Limitadas. El planteamiento «hipotético» de nuestras ideas viene a indicar por un lado la necesidad de profundizar empíricamente en esta línea de trabajo, y por otro abrir debates desde posturas flexibles, alejadas de los maximalismos de todo tipo.

### *Primera hipótesis: La Familia Extensa Modificada como base de la intervención del Trabajo Social con familias*

1. La FEM es el medio habitual donde incuban, mantienen y reproducen las causas de la marginación. Esta hipótesis es incompatible con ciertos etnocentrismos operantes aún entre muchos agentes sociales —trabajadores sociales también— que tienden a identificar la estructura y organización de la familia de clase media con el modelo universal y normalizado de familia, sin llegar a contemplar las peculiaridades de las familias de otras etnias y otros estratos sociales.
2. El individuo dentro de la FEM opera como variable dependiente, sobre todo en los supuestos en que este sujeto no tiene conferido un rol de dirigente, «jefe», «tío», «patriarca», «padre», «madre», «abuela/o». La importancia de estos roles en la FEM puede ser alterada cuando el que ejerce el rol deja de merecer la confianza del grupo.
3. En este sentido el grado nuclear opera también como variable dependiente, en el seno de la FEM. Esta dependencia es difusa y se acentúa en momentos particulares de crisis o desestructuración. Algo tan indeterminado como «el clima» familiar



- puede operar resultados sorprendentes sobre los individuos del grupo.
4. La FEM es un todo organizado y dinámico, dotado de pautas, normas y valores, que actúa sobre todos sus integrantes de un modo relativamente autónomo, en función del contexto socioeconómico en que se desarrolla. Los modos en que la FEM determina el comportamiento, valores, pautas de relaciones extra-familiares, e incluso sobre la movilidad ascendente y descendente. Son susceptibles de análisis, e irán desde la desaprobación difusa de ciertas conductas, pasando por la amonestación más o menos explícita, hasta el conflicto abierto e incluso violento y la exclusión del clan. Todos estos mecanismos actúan para conformar las pautas de conducta de individuos y grupos familiares nucleares al «clima» familiar.
  5. El Trabajo Social desde esta perspectiva actúa no sólo con el individuo y su grupo nuclear aislado, sino con toda la familia extensa. La indagación sobre los mecanismos a utilizar en este proceso debe ser objeto de un análisis posterior, sin embargo, insistimos en que la FEM debe ser considerada como eje central de intervención.

**Segunda hipótesis: La Familia Extensa Modificada como base de la intervención del Trabajo Social con la Comunidad Limitada**

1. Entendemos que la Comunidad Limitada está configurada básicamente por unidades familiares nucleares, integradas habitualmente en FEM. No se excluyen todas las demás posibilidades:
  - a) Prevalencia en la comunidad de miembros de las FF.EE.MM.
  - b) Existencia de un grupo amplio de personas solas y familias nucleares.
  - c) FF.EE.MM. que forman parte de dos o más comunidades.En cualquiera de estos casos u otros posibles, la intervención comunitaria es viable centrándonos en la FEM.

2. La acción de la FEM, su cambio o modificación, respecto al estatus, valores, comportamiento, etc., repercute en algún sentido en la Comunidad Limitada. Los resultados de esta acción tienen una mayor intensidad si afectan a más de una familia extensa.
3. El auto-desarrollo de la comunidad debe basarse en intervenciones continuadas con las FF.EE.MM., bien actuando sobre el conjunto o directamente sobre los líderes naturales o alternando ambas vías.
4. El establecimiento de estructuras permanentes y relativamente estables, de interacción de los miembros cualificados de las familias extensas, es el componente necesario de cualquier programa de desarrollo de la comunidad.
5. A las ventajas de centrar la acción del Trabajo Social sobre este tipo de familia, se añade que es un medio privilegiado de generar interrelaciones positivas entre la Comunidad Limitada y la sociedad global en la que se inserta y de la que habitualmente ha sido segregada o excluida por los mecanismos —urbanísticos entre otros— más diversos.

## A modo de conclusión

Aportamos estas líneas de cara a afrontar un modelo de investigación sobre su viabilidad en el Trabajo Social con familias y comunidad. Es cierto que tenemos la sospecha fundada de que ésta debe ser la línea de actuación, que en algunos casos hemos experimentado con éxito, sin embargo, consideramos que se trata de una nueva metodología de abordaje que contiene aportaciones teóricas interesantes y por consiguiente, requiere de más profundización y estudio, a lo cual nos comprometemos desde la limitación de nuestros medios.

## Nota

- <sup>1</sup> SUSSMAN y BURCHINAL: «La red familiar de parentesco». En M. Andersos: *Sociología de la familia*, pág. 95. FCE.



---

M<sup>a</sup> VICTORIA ASTRAIN AZPARREN, *Hospital de Día Ctra. Barañain.*  
GLORIA BES SEVIL, *Centro de Salud Mental San Jorge-IC*  
GLORIA ELGORRIAGA ARANAZ, *Centro de Salud Mental González Tablas-IIA*  
M<sup>a</sup> JESÚS ERICE ARISTU, *Centro de Salud Mental de Tafalla-IV*

## **NECESIDADES DE LOS ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS, EN EL ÁREA RESIDENCIAL. APUNTES SOBRE POSIBLES INTERVENCIONES**

***Agradecemos la colaboración prestada de todo el colectivo de Asistentes Sociales y Trabajadores Sociales, que trabajan en el área de la Salud Mental, sin cuya ayuda y sensibilidad no hubiese sido posible la obtención de los datos en que se basa el presente informe.***

***Extendemos nuestro agradecimiento a todos los equipos de Salud Mental que se enfrentan cada día a las necesidades que presentan los enfermos.***

### **Introducción**

Casi desde el comienzo de la sectorización, las trabajadoras sociales de la Red de Salud Mental, hemos venido manteniendo reuniones mensuales. En ellas se han tratado temas diversos que han ido desde la formación profesional, hasta el comentario de casos individuales concretos.

Últimamente veníamos centrándonos más específicamente en las diversas necesidades que percibíamos en nuestro trabajo diario con los pacientes, en las demandas que planteaban las familias y en la dificultad de responder a éstas por falta de recursos adecuados.

Un área que veíamos deficitaria y conflictiva en cuanto a las necesidades que plantean las personas con trastornos graves y de varios años de evolución, era la residencial y/o de convivencia.

Constatamos la existencia de pacientes que viven solos o con personas mayores o

incapacitadas, pacientes cuya familia no se responsabiliza de su atención, en otros casos se daban alteraciones en la familia que unas veces tenían que ver con el paciente y otras con la propia dinámica familiar.

Estas constataciones nos hicieron ver la urgencia de crear unos dispositivos residenciales para estos enfermos con la idea de mejorar su calidad de vida y la de sus familiares.

Puesto que no tenemos competencia para tal labor, una forma de colaborar a tal fin nos pareció la de realizar un estudio que pudiera orientar o aportar datos que sirvieran de base para actuaciones al respecto.

### **Justificación, fundamentación y naturaleza**

La puesta en práctica del Trabajo Social en los diferentes dispositivos de la Red de Salud

---

Mental, hace que una parte importante de nuestra actividad la centremos en:

- Seguimiento de pacientes crónicos.
- Estudio y tratamiento de los aspectos familiares, sociales, laborales-ocupacionales que intervienen y se ven alterados por la enfermedad mental.
- Información, apoyo y asesoramiento a familias.

A través de ello conocemos situaciones en las que el deterioro del paciente y del medio en el que vive es tal, que urge un cambio de lugar de residencia y una atención especializada más continua.

Esta demanda es planteada por las diferentes personas que participan de la problemática (familias, pacientes y los propios profesionales).

En la mayoría de estos casos no podemos responder a este tipo de necesidades por la ausencia de recursos adecuados.

La enfermedad mental altera todo el ambiente de la persona que la padece, afecta su ánimo, su forma de estar, sus sentimientos y las cosas y personas adquieren un significado diferente para el enfermo. Sus relaciones interpersonales cambian y como consecuencia, los efectos de la enfermedad repercutirán en el contexto del paciente.

Cuando un miembro de una familia padece una enfermedad mental, éste pierde seguridad ante los demás, presenta ciertas incapacidades, desinterés personal, a veces se ve desautorizado y en otras ocasiones rechazado por la familia, porque su trastorno conlleva unas crisis y exige una atención que los demás no saben o no desean prestarle, ya que resulta gravoso.

En otras ocasiones la familia se encuentra sobrecargada, con riesgo de desestabilización por la convivencia con el enfermo.

Por otro lado, la familia puede ser en sí misma potenciadora de trastornos psíquicos y de recaídas del enfermo.

Todo ello dificulta la recuperación y rehabilitación del enfermo, interfiere en el desarrollo de sus potencialidades psicosociales de

forma que pueda desenvolverse con mayor autonomía en su medio social.

Lo que pretendemos con este estudio es realizar una aproximación al perfil de los enfermos psiquiátricos, que desde un criterio profesional, requerirían un apoyo sociofamiliar diferente al que tienen en la actualidad, lo que implicaría la provisión de algún tipo de recursos residenciales. Nos importa valorar todas las alternativas existentes en el área residencial de cara a poder diseñar una oferta diversa y coherente con las necesidades de los enfermos actuales, que requieren también respuestas actuales a las situaciones carenciales que presentan.

## Objetivos

Entendemos como objetivos generales:

- Aportar datos objetivos sobre las necesidades de recursos residenciales en determinados pacientes, que sirvan de base para el planteamiento de alternativas residenciales.
- Cooperar en las actuaciones, que en materia de recursos sociales se contemplan en el Plan de Salud Mental de Navarra.

Entendemos como objetivos específicos:

- Diseñar una lista nominal de pacientes, que desde nuestro criterio profesional, consideramos tienen necesidad de una cobertura residencial, teniendo en cuenta variables demográficas y de otra índole.
- Conocer los trastornos psíquicos de estas personas y los años de evolución de la enfermedad.
- Comprobar si estos pacientes mantienen relaciones sociales significativas, cuales son sus recursos económicos y propiedades.
- Especificar cómo se ha respondido desde el campo de la salud mental a las necesidades residenciales, y conocer el régimen y carácter del domicilio actual.
- Concretar la problemática sociofamiliar que presentan y que justifica la necesidad de residir en un marco familiar diferente al actual, concretando el tipo de relación que consideramos más oportuna.

---

## Metodología

La metodología utilizada para recoger datos que sirvieran de base a la elaboración de este estudio ha sido muy sencilla, carente de aplicaciones matemáticas e informáticas y basada fundamentalmente en la recogida de datos por medio de un cuestionario, con preguntas estructuradas y cerradas, complementado con un anexo en el que se especificaban las definiciones de determinadas cuestiones que se planteaban.

La recogida y cuantificación de estos datos se realizó mediante tabulación manual.

Una vez cuantificados los datos, se procedió a su representación, dejando constancia de ellos en totales y porcentualmente. De los datos que consideramos más relevantes planteamos su representación gráfica mediante tablas, en las que se especificaban las variables consideradas en cada apartado.

Hicimos un pequeño comentario a modo de interpretación personal en base a los datos obtenidos que consta al pie de cada tabla o gráfico, y finalmente realizamos una valoración global como conclusiones que nos orientaron a plantear las posibles intervenciones más adecuadas a la situación que estábamos tratando.

Hemos pretendido reflejar objetivamente los datos que nos aportaron nuestras compañeras, somos conscientes de que la recogida de los mismos ha podido estar mediatizada por diferencias en los criterios, poca sistematicidad..., no obstante, no pretendíamos hacer un estudio en profundidad, sometiéndolo a los controles necesarios que se plantean en cualquier investigación de carácter científico; nuestro interés iba dirigido únicamente a lograr una aproximación a las características de la población, que desde un criterio profesional, requieran un recurso residencial, recogiendo los datos que considerábamos más significativos para tal fin. Entendemos que para una segunda etapa en la que se pretenda avanzar en esta línea de proveer de recursos residenciales a los enfermos psiquiátricos deba plantearse un estudio más sistemático,

con diseños específicos, informatización del proceso, formulación matemática, índices de error y confianza..., pero consideramos que esto, en este momento, trascendía nuestro interés y nuestra competencia.

## Etapas de estudio. Ejecución

El estudio iba encaminado a la obtención de un perfil de los enfermos psiquiátricos que requirieran un recurso de índole residencial, de cara a orientar a los organismos con competencia en la materia, sobre los recursos que se ajustan más a la realidad y situación que plantean los enfermos. Era una aproximación a esta población, centrada específicamente en un área concreta de su problemática.

Las fases de trabajo se distribuyeron:

1. Constitución del equipo de trabajo, que surge de forma voluntaria, con la aprobación del resto de compañeras. Está configurado por cuatro asistentes sociales —trabajadoras sociales, tres de ellas desarrollan su trabajo en centros de Salud Mental y una en un Hospital de Día.
2. Elaboración de la ficha-cuestionario en la que se constataban datos demográficos, referidos a la enfermedad, a la socialización de los enfermos, a su situación económica y a la valoración que hace el asistente social del tipo de ayuda o recurso residencial más adecuado.
3. Se distribuyó el cuestionario a todas las asistentes sociales que trabajan en el Área de la Salud Mental, previa explicación del objeto del estudio, elaboración del cuestionario y sistemática para completarlo. Se adjuntó un anexo explicativo que definía determinadas categorías que valorábamos podían prestarse a una mayor subjetividad.

En la práctica, los centros que colaboraron en la aportación de los datos fueron:

- Centro de Salud Mental de Tudela, cuyos datos no constan, porque hubo un error en la contestación del cuestionario.

- Centro de Salud Mental de Estella, cuyos datos no constan porque en el momento en que se pretendían recoger no había ningún paciente que planteara necesidad de ningún recurso residencial.
- Centro de Salud Mental de Tafalla.
- Centro de Salud Mental de Conde Oliveto.
- Centro de Salud Mental de González Tablas.
- Centro de Salud Mental de San Jorge.
- Hospital de Día Psiquiátrico de Ctra. Ba-rañain.

Cada uno de los centros que aportaron los datos lo hicieron con el criterio de revisar las historias de todos los pacientes que, hasta marzo de 1990, habían sido tratados en sus centros y continuaban manteniendo contacto de forma habitual en el momento en que se hizo el estudio. Se excluyeron a los enfermos que en ese período estaban ingresados en el Hospital de Día, y se consideró como criterio contabilizar a los enfermos que habían ingresado durante el mes de marzo.

4. Se recogieron las fichas y se procedió a la cuantificación, tabulación y representación de los datos.
5. Se analizaron y evaluaron los datos obtenidos, intentando extraer conclusiones procedentes de dichos datos.
6. Se señaló el perfil de los pacientes que requerían un recurso residencial, señalando las hipótesis de trabajo que posteriormente permitieron formular diferentes alternativas residenciales que podían dar respuesta a las diferentes situaciones y necesidades que se planteaban.

## Aportación y valoración de datos

### *Distribución según sexo*

Teniendo en cuenta la variable sexo, se observa que del total de personas afectadas el porcentaje de varones es de un 65,2% frente a un 34,7% para las mujeres. Podríamos decir de forma aproximada que de cada

tres pacientes con necesidad de una cobertura residencial, dos son varones.

**Tabla 1**

Sexo	N.º	%
Hombre	47	64,44
Mujer	25	36,66
Total	72	100

### *Distribución según intervalos de edad*

En lo que se refiere a los intervalos de edad, señalar que el mayor número de personas afectadas se agrupa entre los 20 y los 34 años, sumando en conjunto un 66,6% del total.

También parecen importantes las personas que tienen entre 15 y 19 años, un 8,3%, y las de 40 a 44 años con el mismo porcentaje.

Se observa que la cronicidad aparece en edades muy tempranas, necesitando atenciones que de no ofrecerse agravan la situación sociosanitaria de los afectados.

**Tabla 2**

Edad	N.º	%
15-19	6	8,3
20-24	13	18
25-29	17	23,6
30-34	18	25
35-39	2	2,7
40-44	6	8,3
45-49	2	2,7
50-54	3	4,16
+55	3	4,16
N.C.	2	2,7
Total	72	100

### *Diagnóstico según los años de evolución y sexo de los pacientes candidatos a un recurso residencial*

Predominan los pacientes con una media de evolución larga. El 51,25% de ellos presenta una evolución de la enfermedad de en-

**Tabla 3**  
**Diagnóstico según los años de evolución y sexo de los pacientes candidatos a un recurso residencial**

Años Evolución	Psicosis				Neurosis				Tras. Personalidad				Toxicomanía				No consta				Totales	
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		N.º	%
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
0-4	6	20	2	13,3	-	-	1	14,2	5	50	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	15	20,8
5-9	4	13,3	1	6,6	1	100	-	-	1	10	2	33,3	1	100	-	-	-	-	-	-	10	13,8
10-14	3	10	5	33,3	-	-	3	42,8	1	10	1	16,6	-	-	-	-	-	-	-	-	13	18,5
+ de 15	6	20	5	33,3	-	-	-	-	1	10	1	16,6	-	-	-	-	-	-	-	-	14	19,4
No consta	11	36,6	2	13,3	-	-	3	42,8	2	20	2	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	20	27,6
TOTALES	30	41,6	15	20,8	1	1,3	7	9,7	10	13,8	6	8,3	1	1,3	1	1,3	1	1,3	-	-	72	100

tre cinco y más de quince años. A la hora de hacer esta valoración hay que tener en cuenta que un 27,7% de los casos se desconocía o no constaba este dato.

El cruce de estas tres variables nos indica que el mayor número de personas han sido diagnosticadas de psicosis (62,4%) siendo mayor este diagnóstico entre los varones, y presentando un desarrollo de la enfermedad de más de cinco años de evolución (43,3%).

Las mujeres se agrupan más en los diagnósticos de trastorno de personalidad que los hombres, con una evolución de más de cuatro años en el 50% de los casos.

El diagnóstico de neurosis sólo lo encontramos en el 2,6% del total. (Ver tabla 3).

#### **Relaciones sociales más significativas / Atención necesitada**

No tienen relaciones significativas un 20,8% de los casos estudiados, del resto la mayoría de ellos mantiene relaciones con su grupo familiar.

Un 60% de estas personas necesitarían según la valoración efectuada una atención especializada (33,3% especializada permanente y 26,3% especializada no permanente).

La atención no especializada se ve necesaria en un 13,4%, con carácter permanente en el 11,1% y no permanente en el 8,3%.

En un 20,8% precisarían atención mixta. (Ver tabla 4).

#### **Recursos económicos con los que cuenta el paciente y cuantía de los mismos**

El 63,8% tenían recursos propios frente a un 36,11% que carecían de ellos.

Los recursos, hacen referencia a pensiones o subsidios percibidos por las personas afectadas. El mayor número de casos de los que tienen recursos, cobran en razón de su minusvalía reconocida por el INSERSO, seguidos de los que perciben pensiones del INSS por algún tipo de invalidez.

La cuantía de las pensiones o prestaciones económicas en general es muy baja. Cobran menos de 25.000 pesetas un 59% de los casos y entre 25.000 y 50.000 pesetas el 22,7%.

Actualmente, el salario mínimo en nuestro país se sitúa en algo más de 53.000 pesetas mensuales; por lo que se puede decir que la mayoría de los pacientes se encuentran en una situación de pobreza. (Ver tabla 5).

**Tabla 4**

	1		2		3		4		Mixtas		Totales	
No tienen relación	3	12,5%	5	26,3%	4	50%	-	-	3	20%	15	20,8%
Sí tienen relación												
Familiar	19		14	73,6%	4	50%	5	83,3%	10	66,6%	52	72,2%
Pareja	1	4,1%	-	-	-	-	1	16,6%	-	-	2	2,7%
Vecinos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,6%	1	1,3%
Amigos	1	4,1%	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,3%
Profesionales	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,6%	1	1,3%
Total	24	33,3%	19	26,3%	8	11,1%	6	8,3%	15	20,8%	72	



**Tabla 5**

	Total	%
No tiene recursos	28	36,11
Sí tiene recursos	44	63,88
LISMI	20	27,77
Pensión incapacidad	12	16,6
Pensión, jubilación u otras	4	5,5
Otros	3	4,1
Total	72	100

	Total	%
Menos de 25.000	26	59,09
25.000-50.000	10	22,7
50.000-75.000	7	15,9
Más de 75.000	1	2,27
Total	44	63,8

**Rentas con las que cuenta el paciente**

Un 68,6 del total no tienen rentas procedentes de bienes ajenos a los ya estudiados en el cuadro anterior.

No se tiene constancia de que existan o no en un 20,8% de los casos y un 9,72% dice tenerlos, siendo mayoritariamente la propiedad de una vivienda.

**Tabla 6**

	Total	%
No tiene	50	68,6
No consta	15	20,8
Si tiene	7	9,72
Vivienda	6	8,3
Negocio	1	1,38
Otros	-	-

**Domicilio actual del paciente y carácter del recurso residencial con el que cuenta**

El domicilio actual de la mayor parte de los pacientes estudiados tiene carácter permanente (73,61%) frente a 26,38% que viven de forma provisional en su domicilio.

Viven compartiendo el domicilio familiar un 61,11%. El 9,7% residen de forma permanente en su vivienda en propiedad. Un 11,1% viven en domicilios designados como asistenciales en su mayor parte de forma provisional.

Alrededor del 15% de los estudiados viven de alquiler, en pensión o compartiendo piso con otra persona (en los tres casos con porcentajes cercanos al 5%).

Los que se encuentran con carácter provisional están en alquileres, pensiones, compartiendo pisos o en centros asistenciales. Todos ellos recursos sin atención especializada. (Ver tabla 7).

**Recursos residenciales utilizados con anterioridad**

En un 62,5% de los casos no se ha utilizado anteriormente ningún tipo de recurso residencial.

Cerca de un 20% han vivido en recursos de la comunidad (patronas protegidas y otros familiares).

**Tabla 8**

		Total	%
No han solicitado recursos		45	62,5
Si han utilizado recursos	Hospital psiquiátrico	3	4,16
	Patronas	7	9,7
	Residencia asistida	6	8,3
	Otros familiares	7	9,7
	Piso propio	1	1,38
	Residencia especializada	1	1,38
	Transeúnte	1	1,38
Total		72	100

**Tabla 7**  
**Domicilio actual del paciente y carácter del recurso residencial con el que cuenta**

	Vivienda de propiedad		Alquiler		Pensión		Familiar		Compartido		Cesión		Asistencial		Totales	
Provisional	-	-	2	50	3	75	5	11,36	2	66,6	-	-	7	87,5	19	26,38
Permanente	7	100	2	50	1	25	39	88,6	1	33,3	2	100	1	12,5	53	73,61
No consta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>9,7</b>	<b>4</b>	<b>5,5</b>	<b>4</b>	<b>5,5</b>	<b>44</b>	<b>61,11</b>	<b>3</b>	<b>4,16</b>	<b>2</b>	<b>2,7</b>	<b>8</b>	<b>11,11</b>	<b>72</b>	<b>100,00</b>

El 8,3% ha permanecido en algún momento de su vida en recursos residenciales asistidos y el 4% conocen ingresos prolongados en el Hospital Psiquiátrico.

Estos datos nos hacen pensar que la cronicidad detectada en los Sistemas de Atención Comunitaria a la Salud Mental no guardan relación con la antigua institucionalización.

### Recursos residenciales solicitados

En el 17,76% de los casos se ha solicitado algún tipo de cobertura residencial, siendo los centros más demandados: Recursos para Deficientes y Residencias Asistidas, seguidos de los Centros de Modificación de Conducta.

Es llamativo que en un 84,7% de los casos no se ha hecho ningún tipo de solicitud. Esto es comprensible si analizamos los recursos que se han gestionado: no son centros especializados, salvo las Comunidades Terapéuticas de Toxicómanos, para la rehabilitación y reinserción de personas con trastornos mentales de curso crónico.

La ausencia de recursos y prestaciones adecuados hace que en unos casos se «mal utilicen» los existentes y en otros los pacientes vivan en unas condiciones sociofamiliares perjudiciales para la evolución de su enfermedad.

Tabla 9

		Total	%
No han solicitado recursos		61	84,7
Sí han utilizado recursos	Recursos para deficientes	2	5,5
	Residencias asistidas	4	5,5
	Residencias modificación de conducta	3	4,16
	Rehabilitación toxicómanos	1	1,3
	Residencia INSERSO	1	1,3

### Situación de necesidad que plantean

Englobando las categorías 1, 2 y 5, tenemos que el 45,82% de los pacientes carecen

de apoyo familiar y/o a corto plazo van a carecer de él: un 16,6% no tienen familia, en un 12,5% sus familiares no se hacen responsables de su cuidado y atención, y otro 16,6% conviven con familiares que presentan limitaciones para atenderles (por ejemplo, padres ancianos).

El 31,94% son pacientes que viven en sus casas, pero precisan una desvinculación de la familia de origen por diversas causas:

- otros miembros con patologías;
- ambiente potenciador de crisis o recaídas;
- entorno no favorecedor de rehabilitación.

En un 12,5% de los casos está indicada la separación del paciente del medio familiar por riesgo para la familia.

Sólo un 9,72% poseen un recurso residencial propio, pero precisan otros apoyos sociales para permanecer en él (Servicio de Domicilio, trabajadores, familiares, educadores...).

Tabla 10

	1	2	3	4	5	6	Total
Total	12	9	23	7	12	9	72
%	16,66	12,5	31,94	9,72	16,66	12,5	

1. Pacientes que carecen de familia.
2. Pacientes cuya familia no se hace responsable de su cuidado y atención.
3. Pacientes que precisan una desvinculación de su familia de origen.
4. Pacientes con recursos residenciales propios pero sin apoyo social.
5. Pacientes que conviven con familiares pero con limitaciones para atenderles.
6. Pacientes que conviven con familia adecuada pero que existe riesgo de ruptura familiar por la convivencia con el enfermo.

### Carácter del recurso que precisan

Un 73,61% de las personas afectadas por la problemática estudiada necesitarían un recurso con carácter permanente, frente a un 26,38% que lo requerirían de forma provisional.

- 
- Pisos y casas protegidas.
  - Centros de Día.
  - Talleres ocupacionales.
  - Clubs sociales y centros de recreo y soporte social.

La aproximación a la realidad, descrita en el estudio que se ha elaborado, hace pensar que estos recursos se hacen imprescindibles si se quiere atender de forma digna a los jóvenes crónicos de la comunidad. De manera progresiva esta necesidad se observa cuando se da un grupo de enfermos psicóticos crónicos que cumplen dos o más de las siguientes condiciones:

1. Ser psicótico crónico joven.
2. Tener un brote de larga duración sin remisión de síntomas.
3. Tener brotes repetidos que les motiven internamientos frecuentes.
4. Tener problemas de integración familiar importantes tanto por la patología del paciente, como del propio grupo familiar.

Observamos, tanto en nuestro trabajo diario, como por los datos que se reflejan en el estudio, la existencia de diferentes situaciones carenciales que exigen, no respuestas homogéneas, sino tratamientos originales, variados y coherentes.

Entendemos que es difícil ofrecer una gama de recursos que se ajusten a las diferentes necesidades que plantean los enfermos psiquiátricos, no obstante, si profundizamos en el estudio de sus necesidades y de los recursos más adecuados para cubrirlas, quizá se puedan encontrar respuestas que no exijan de un tratamiento muy costoso, tanto desde el criterio profesional, como desde el criterio económico.

Si planteamos que la política más idónea a seguir con las personas que padecen enfermedades psiquiátricas, es intentar movilizar recursos para que se mantengan en la comunidad, podemos ir estableciendo un abanico variado de éstos que oscile entre medidas que no requieran de una gran especialización, a medidas que supongan una atención

muy especializada. De esta forma, se puede conseguir no sólo un conjunto de medios que respondan de forma idónea a las necesidades concretas del paciente, sino una serie de estrategias que posibiliten abaratar costos y mantener el principio de la no institucionalización en los casos que así lo requieran, salvaguardando los cuidados oportunos y la atención más especializada para aquellos pacientes con los que se ha fracasado en el intento de que convivan en la comunidad.

Podrían definirse diferentes líneas de trabajo para ofrecer de forma diversificada estructuras residenciales o apoyos a la permanencia en el lugar de convivencia original.

A continuación detallamos las situaciones que con mayor frecuencia encontramos en nuestro trabajo y orientamos hacia los recursos que cubrirían estas necesidades de forma más adecuada a nuestro juicio.

#### ***Primera situación***

Personas que viven solas o cuya familia no puede atender correctamente por falta de tiempo, dificultades de otra índole..., a pesar de que mantienen actitudes beneficiosas y de disponibilidad para atenderlos.

En estos supuestos podríamos incluir a aquellos enfermos que presentan situaciones como:

- a) Propietarios de viviendas, que viven solos y que tienen dificultad para organizar su tiempo, para seguir correctamente el tratamiento médico, mantener unas pautas de higiene, limpieza, alimentación..., adecuadas; no obstante gozan de capacidad para vivir en comunidad y mantienen bastante autonomía para llevar a cabo una convivencia y calidad de vida adecuadas.
- b) Pacientes que conviven con familiares de avanzada edad que no pueden proporcionarles los cuidados idóneos, pero que mantienen una buena relación con los enfermos.
- c) Pacientes que conviven con familiares que tienen una gran dificultad para mantener una mínima disciplina en la conducta del

---

paciente, pero que mantienen con éstos una relación afectiva adecuada.

En estos casos se podrían plantear dos tipos de recursos que consideramos atenderían de la forma más idónea las necesidades de estos enfermos:

1. *Ayuda-asistencia domiciliaria:*

Específica o no, dirigida a los enfermos crónicos y sus familias, integrada en la red general, siendo fundamental la tarea de establecer la «normalización» de este tipo de servicios, atendiendo a la necesidad de los mismos para colectivos de usuarios más amplios que los que se atienden en el momento actual.

Asumiría como funciones específicas la de mantener al paciente en su medio, proporcionándole el apoyo necesario para que se mantuviera en las mejores condiciones. Sería necesario establecer un plan individual que podría oscilar desde ayudarle a llevar a cabo tareas cotidianas como organización de la casa, higiene, toma de medicación..., hasta generar hábitos desde el propio domicilio para que a medio-largo plazo pudiera hacerlo con absoluta autonomía.

Podría ser de apoyo individual al paciente o de apoyo familiar, para cubrir aquellas necesidades que la familia no puede atender, o para enseñar al grupo familiar a cubrirlas de forma más adecuada y desde el domicilio.

2. *Familias de acogida:*

Para este mismo grupo de pacientes, que plantean las mismas necesidades y en situaciones tales como:

- Excesiva sobrecarga familiar.
- Riesgo de desorganización familiar.

Podría plantearse el acceso del enfermo a una familia de estas características, de forma temporal con dos objetivos fundamentales:

- Liberar a la familia de la convivencia con el paciente durante un período de tiempo determinado.
- Posibilitar que el paciente adquiriera hábitos para la convivencia, en un medio familiar más «neutro».

### **Segunda situación**

Personas que carecen de familia, o cuya relación con ella no es beneficiosa para el desarrollo más idóneo del paciente.

Pacientes que carecen de autonomía como para vivir en un recurso residencial normalizado y solos, que necesitan de un atención y cuidados básicos pero no especializados, que pueden convivir en la comunidad si se les ofrece una atención a sus necesidades básicas.

Para estos casos se podría plantear el recurso de patronas protegidas, bien de forma temporal, mientras se trabaja con la familia para que adquiriera hábitos y actitudes más beneficiosos hacia el enfermo, bien de forma permanente, en el caso de que no exista familia o de que si existe, sea muy difícil la modificación de determinados aspectos del grupo familiar.

### **Tercera situación**

Personas que gozan de total autonomía como para llevar a cabo una vida autónoma, integradas en la comunidad, pero que carecen de medios económicos suficientes para desenvolverse con una mínima calidad de vida, por la dificultad que encuentran para integrarse laboralmente, o por otro tipo de limitaciones derivadas de su enfermedad.

En estos casos habría que contar con un fondo económico que permitiera a estas personas acceder a un recurso residencial normalizado, que reuniera unas condiciones de habitabilidad mínimas.

Como dato orientativo, podemos destacar que una patrona protegida cobra como media unas 65.000 pesetas mensuales, que en una pensión en régimen de pensión completa que goce de unas condiciones básicas de higiene, alimentación, infraestructura..., cobran alrededor de 3.000 pesetas diarias. Si relacionamos las ayudas que en la actualidad se les proporcionan a la enfermos, bien por razón de su minusvalía, bien por razón de su indigencia, entenderemos que éstas se alejan muchísimo de proporcionarles la posibilidad de acceder a un recurso residencial en

mínimas condiciones de habitabilidad, lo que contribuye a que desde las entidades con competencia en la materia se estén manteniendo salarios de pobreza, que favorecen a que los enfermos vivan como transeúntes, mendigos..., hecho que agrava el deterioro que en algunos casos genera la enfermedad y todavía dificulta más su reincorporación a la comunidad.

#### **Cuarta situación**

Personas que están deterioradas, con una capacidad de autonomía bastante reducida, con importantes dificultades para organizar su tiempo, mantener una mínima disciplina en horarios, alimentación, higiene, seguimiento médico..., que viven solos o con una familia que no posibilita una mínima rehabilitación ni mejora en estos aspectos.

En estos casos planteamos la necesidad de un recurso más estructurado, más acogedor y que ofrezca una mayor contención al

enfermo, recurso que trabajará tanto los aspectos educativos, como cuidados y atención de una forma más intensa y específica.

En este supuesto, se plantea como recurso más idóneo un piso protegido que dependiendo de las características del grupo al que fuera dirigido supondría:

- Un recurso temporal o permanente.
- Con una atención especializada, no especializada o mixta.

#### **Quinta situación**

Personas cuyo grado de deterioro es muy importante y las posibilidades de rehabilitación son escasas. Que requieren mucha atención, cuidados intensivos y una estructura residencial muy protectora.

En estos casos, se plantearía como recurso más idóneo una pequeña residencia asistida a largo plazo o permanente, con personal especializado.

<b>Tipología</b>	<b>Carácter</b>	<b>Condiciones de acceso</b>	<b>Servicios</b>
Red de Pensiones	Permanente o temporal, según los casos	Para aquellas personas que gozan de autonomía, pero carecen de recursos económicos por motivo de su enfermedad.	Los propios de una pensión. Ofrecer una cobertura digna de las necesidades.
Asistencia Domiciliaria	Permanente o temporal, según los casos	Para aquellas personas que gozan de bastante autonomía, que viven solos o en familia y requieren de una ayuda para mantenerse en mejores condiciones en la comunidad.	Apoyo a la familia. Apoyo a la realización de actividades habituales. Cubrir aspectos que no cubre el grupo familiar
Familias de Acogida	Permanente o temporal	Para aquellas personas que cuentan con cierta autonomía, pero carecen de familia, vivienda... o si tienen familia, ésta mantiene actitudes inadecuadas.	Cubrir necesidades básicas. Posibilitar el aprendizaje de habilidades de convivencia socio-familiar.
Residencias Asistidas	Permanente o temporal	Aquellas personas muy deterioradas con pocas posibilidades de rehabilitación.	Cubrir necesidades básicas. Proporcionarles condiciones para mejorar su calidad de vida.

---

Si atendemos el tipo de recursos expuestos, podemos observar que únicamente dos de ellos suponen la creación de servicios que en la actualidad no existen, aunque de ambos se tiene experiencia en Navarra, desde otras áreas o sectores de población.

El primer recurso, supondría establecer un presupuesto anual razonable y coherente con las necesidades y ofertas existentes, y estipular unas medidas tanto de control como de seguimiento.

El segundo de ellos, supondría extender la experiencia de la Asistencia Domiciliaria a la tercera edad, planteando un programa de formación y selección específicos; de hecho, nos consta que en un día se presentó un proyecto de estas características, elaborando por ANASAPS.

El tercero de ellos, supondría ampliar la experiencia de familias de acogida que se vie-

ne haciendo desde un Servicio Psiquiátrico, y de lo que ya hay experiencia en otras áreas de población, estableciendo los programas de formación y criterios oportunos.

Los otros dos recursos, supondrían un estudio y valoración más exhaustivo, que trasciende en este momento nuestras posibilidades.

Todo este plan de recursos residenciales podría estar inserto dentro de la Red de Salud Mental y ser llevado a cabo por un equipo multiprofesional y específico, que tratara todo el plan de forma globalizada, y que estableciera los criterios de pertinencia, condiciones de acceso, garantías de seguimiento o líneas de actuación hacia conciertos u otras fórmulas administrativas con entidades privadas que asumieran esta labor de proveer de recursos residenciales a los enfermos psiquiátricos que necesitan de ellos.

## Anexos

### Anexo 1

#### Ficha utilizada para la recogida de datos

Apellidos: .....		Nombre: .....	
Fecha de nacimiento (año): .....			
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre			
<input type="checkbox"/> Mujer			
Diagnóstico principal: <input type="checkbox"/> Psicosis		<input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad	
<input type="checkbox"/> Neurosis		<input type="checkbox"/> Toxicomanía	
Evolución de la enfermedad (años): .....			
Relación social más significativa: <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Sí			
Tipo de parentesco:		<input type="checkbox"/> Amistad	
<input type="checkbox"/> Familiar		<input type="checkbox"/> Profesional	
<input type="checkbox"/> Pareja			
<input type="checkbox"/> Vecindario			
Recursos económicos propios: <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí: Tipo	
		Cuantía	
Rentas y propiedades: <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí: Tipo	
		Valor	
		Situación Legal de la propiedad	
Domicilio actual: Régimen: <input type="checkbox"/> En propiedad			
<input type="checkbox"/> Alquiler			
<input type="checkbox"/> De familiares			
		<input type="checkbox"/> Compartida con	
		<input type="checkbox"/> En cesión por	
		<input type="checkbox"/> Asistencial	
Con carácter: <input type="checkbox"/> Provisional			
<input type="checkbox"/> Permanente			
Recursos residenciales utilizados con anterioridad:			
Recursos asistenciales solicitados en los que no ha sido admitida:			
Situación de necesidad que presenta en la actualidad:			
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6			
Recurso con carácter: <input type="checkbox"/> Provisional			
<input type="checkbox"/> Permanente			
Necesidad de atención: <input type="checkbox"/> Especializada permanente			
<input type="checkbox"/> No especializada permanente			
<input type="checkbox"/> Especializada no permanente			
<input type="checkbox"/> No especializada provisional			



---

## Anexo 2

### ***Definición de las diferentes situaciones de necesidad que presentan los pacientes (Tabla 10 del estudio)***

#### *1. Pacientes que carecen de familia*

En general son personas sin ninguna cobertura social, no tienen familiares ni personas que se hagan cargo de ellos y carecen de un grado de autonomía suficiente como para poder vivir solos o en ambientes que no sean lo suficientemente protectores.

#### *2. Pacientes que a pesar de tener familia, ésta no se hace responsable del cuidado del enfermo ni de su situación*

Estos enfermos presentan una situación de aislamiento e incompreensión dado que su conducta no es adaptada, hecho que provoca que sean continuamente rechazados y carecen de actitudes positivas que les ayuden a desarrollar capacidades personales y una conducta más adaptada.

Estos pacientes a menudo son abandonados por sus familias, lo que implica en ocasiones acciones judiciales que comprometan al menos mínimamente a la atención del enfermo.

#### *3. Personas que viven en sus casas, pero que por la organización familiar y el tipo de problema que plantea el enfermo, precisa de una desvinculación de la familia de origen*

En este sentido se presentan situaciones en las que otro o más miembros de la familia presentan patologías que interactúan negativamente con el enfermo.

También situaciones en las que el entorno familiar dificulta el aprendizaje de comportamientos adecuados, proporciona riesgos para el surgimiento de nuevas crisis y posibilita la cronicación del enfermo, entre otras razones puede ser porque la familia esté muy desestructurada, se mantiene respecto al enfermo

con una actitud de sobreprotección que dificulta desarrolle un grado de autonomía adecuado o bien se mantienen hacia él actitudes agresivas, rechazantes, de indiferencia, etc.

También se dan situaciones en las que el entorno comunitario no favorece ni potencia la rehabilitación y por ello se hace necesario cambiar de medio.

#### *4. Pacientes que cuentan con un recurso residencial propio*

Aunque el paciente cuenta con recursos residenciales propios, no tiene apoyos sociales, lo que perpetúa sus propias minusvalías (falta de cuidado personal, incapacidad de interrelación, aislamiento social, conductas inadaptadas) imposibilitándose su adaptación y potenciándose su marginalidad.

En la mayoría de los casos, estas situaciones no se dan aisladas y una misma persona cuenta con más de uno de estos supuestos.

Ante esta constatación lo que se quiere conseguir es terminar con esa desprotección y marginación a la que están sometidos dando la posibilidad de un mejor desarrollo y una mayor adaptación a la comunidad en las mejores condiciones.

#### *5. Pacientes que conviven con sus familias, o con otras personas*

En estos casos se les proporciona una buena acogida y se establecen relaciones adecuadas y beneficiosas para el enfermo, pero que por las limitaciones o dificultades del grupo familiar no pueden proporcionarle los cuidados necesarios para garantizar la máxima calidad de vida del enfermo (padres ancianos o enfermos, amigos con otra problemática y muy limitados para la atención al paciente...).

#### *6. Familias adecuadas para la convivencia con el enfermo*

Por una situación o período determinado tienen un grave riesgo de desorganización o ruptura, agravada o motivada por la presión que surge ante la convivencia con el enfer-

---

mo, por lo que se plantea una salida de éste del ambiente familiar como medio para preservar bien provisional o permanentemente al ambiente familiar.

### **Bibliografía y experiencias consultadas**

*Programa de Pisos Protegidos.* Centro de Salud Mental (Unidad de Adultos). Avilés.

*Proyecto de Piso Protegido.* Realizado en junio de 1989 desde el Hospital de Día del Área I. Red de Salud Mental de Navarra.

*Proyecto de Patronas Protegidas.* Realizado en octubre de 1987 desde el Hospital de Día del Área I. Red de Salud Mental de Navarra.

CENEA SORIANO, Antonio: *El Equipo Multiprofesional en pisos asistidos.* Diputación de Barcelona, junio 1989.

ALCAIDE, R. M.: *Residencias urbanas. Programa Dross.* Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona.

Revista nº 11 FEAFES. *II Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial.* Barcelona, octubre 1989.

CORRIÁ PORQUERAS, Rosa: *Los pisos asistidos vinculados al CD de la Clínica Santa Coloma de Gramenet.*

SOLER, Montserrat: *Los pisos asistidos del CD Pi i Molist.*

TABBIA LEONI, Carlos: *Función asistencial y rehabilitadora de los pisos asistidos.* CD Pi i Molist.

Varias comunicaciones al I Symposium de Asistencia Psiquiátrica en Pisos. Barcelona, junio 1989.

---

## SEMINARIOS – CURSOS – JORNADAS

### • **Actualidad Terapéutica en el Anciano 93-94**

*Organizado por:* Escuela Internacional de Psicomotricidad. Curso de formación orientado a profesionales que trabajan o están interesados en este colectivo.

*DIPLOMA:* Actualidad terapéutica en el anciano, 300 horas.

*Otorgado por:*

- Departamento de Psiquiatría y Psicología Geriátrica de Ginebra (Suiza).
- Instituciones Universitarias de Psiquiatría Geriátrica de Ginebra (Suiza).
- Escuela Internacional de Psicomotricidad de Madrid.

*Duración:* Un curso académico. Organizado de manera que puedan realizarlo personas que trabajan y viven fuera de Madrid.

*Precio:* 150.000 ptas. en pagos fraccionados.

*Información:* Augusto González Besada, 2  
28030 Madrid  
Tel.. (91) 439 46 74

---

### • **Primer Encuentro Internacional sobre Redes Sociales**

*Organizado por:* FUNDARED (Fundación para el Desarrollo y la Promoción de las Redes Sociales).

*Lugar y fechas:* Parque Sarmiento. Buenos Aires. 6 al 9 de octubre de 1993.

*Precios:* Individual: 230\$  
Grupos de 3 a 5 personas (cada uno) 200\$  
Grupos de más de 6 personas (cada uno) 180\$

---

### • **El Derecho a una Renta Mínima en los Países Occidentales**

Curso que se celebrará dentro de los V Cursos Europeos de Verano de la Universidad del País Vasco en San Sebastián.

*Dirigido por:* Profesor Jean-Pierre Laborde.

*Lugar:* Palacio de Miramar.

*Fecha:* 7, 8 y 9 de septiembre de 1993.

*Precio:* 1.750 ptas./día.

*Información y matrículas en la Secretaría de los cursos:* Apartado 1.042  
20080 San Sebastián (Guipúzcoa)  
Tel.: (943) 21 95 96  
Fax: (943) 21 95 98

---

- **Curso General de Formación en Rehabilitación de Personas con Problemas Psiquiátricos Crónicos**

*Coordinadora:* M<sup>º</sup> Victoria Fernández Aguirre.

*Organiza:* Grupo Exter, S. A.

*Lugar:* Madrid.

*Fecha:* 2, 3, 23 y 24 de octubre y 6 y 7 de noviembre de 1993.

*Precio:* 43.000 ptas.

*Información:* **Grupo Exter, S. A.**

Amara, 3

28027 Madrid

Tel.: (91) 367 73 90

Fax: (91) 367 78 92

---

- **VIII Seminario Iberoamericano sobre Discapacidad e Información**

*Organizado por:* Confederación Mexicana de Asociaciones en favor de la Persona con Deficiencia Mental (CONFE), en coordinación con el Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía de España.

*Lugar:* Ciudad de México.

*Fecha:* 27, 28 y 29 de octubre de 1993.

*Información e inscripciones:* **CONFE**

Latinos, 36

Col. Moderna

CP 03510 México, D. F.

Te.: 590 45 80

## LIBROS

### *Novedades editoriales del Consejo General*

- **Nuevos Paradigmas en Trabajo Social. Lo Social Natural**

*Serie:* «Libros» n.º 6

*Autor:* Ricardo Hill Acosta

*Primera edición:* diciembre de 1992

*Páginas:* 92

*P.V.P.:* 950 ptas.

*El relativismo de las situaciones sociales, su análisis e interpretación, condicionadas en gran medida por valores institucionales y personalistas, y el cuestionamiento de los modelos propios de intervención son temas desgranados a lo largo del texto, que de manera provocadora y sugerente trata de definir o de reconceptualizar el Trabajo Social en una perspectiva del futuro.*

- **Procedimiento y Proceso de Trabajo Social Clínico**

*Serie:* «Textos Universitarios» n.º 2

*Autora:* Amaya Ituarte Tellaeché

*Primera edición:* diciembre de 1992

*Páginas:* 69

*P.V.P.:* 950 ptas.

*En este libro Amaya Ituarte trata de situar el Trabajo Social Clínico tanto como procedimiento científico, cuanto como proceso psicoterapéutico, analizando para ello los aspectos formales y teóricos del método científico, así como los aspectos de la relación a través de la cual se lleva a cabo el proceso psicoterapéutico, tratando de relacionar ambos.*

- **Trabajo Social en los Servicios Sociales Comunitarios**

*Serie:* «Cuadernos», n.º 5

*Autor:* Angel Acebo Urrechu

*Primera edición:* diciembre de 1992

*Páginas:* 111

*P.V.P.:* 950 ptas.

*El libro es una reflexión, a caballo entre el análisis y la búsqueda de alternativas, para encontrar resquicios que permitan desarrollar un auténtico Trabajo Social en los Servicios Sociales de Base o Comunitarios.*

---

## De inminente aparición

---

- **El Trabajador Social en los Servicios Sociales a la Educación**

Serie: «Cuadernos» n.º 6

Autores: Eugenio González, M<sup>ª</sup> Jesús González Alonso y M<sup>ª</sup> Jesús González González.

*Los autores abordan en este trabajo el quehacer profesional del trabajador social en los Servicios de Apoyo a la Educación (equipos de orientación educativa y psicopedagógica, de orientación escolar y vocacional, de atención temprana, programas de educación compensatoria, etc.), motivados por el deseo de arrojar luz y ayudar a clarificar el desarrollo y praxis de sus funciones en este ámbito.*

---

- **Aproximación al Trabajo Social**

Serie: «Textos Universitarios» n.º 3

Autora: Natividad de la Red Vega

*La necesidad cada vez más apremiante de dotar al Trabajo Social de un corpus teórico con el que poder afrontar una práctica profesional cada día más compleja e interconectada con otras disciplinas, ha podido servir de estímulo a los, cada día más numerosos, autores españoles que abordan esta tarea. Natividad de la Red, con este trabajo, dirigido fundamentalmente a los que inician el estudio en la materia, contribuye con su incuestionable capacidad, formación y experiencia, al esfuerzo de ir abundando en una sistematización del Trabajo Social.*

---

## Libros recibidos en el Consejo

---

- **Hacia un nuevo enfoque del Trabajo Social**

*Autores:* Jesús García Alba y Jesús R. Melián

*Editorial:* Narcea, S. A. de Ediciones

*Primera edición:* 1993

*Páginas:* 198

*P.V.P.:* 1.750 ptas.

*El Trabajo Social en nuestro país, pese a llevar muchos años afincado y haber experimentado varias reformas, sigue para muchas personas estando vinculado a los conceptos de beneficencia y asistencia. Existen ya enfoques, escuelas y teorías que buscan dar un nivel científico a esa respuesta.*

*El libro, hecho por profesionales del sector y buenos conocedores de la teoría del mismo, contribuye con su aportación a ir clarificando estas cuestiones. Aunque va especialmente dirigido a trabajadores sociales en ejercicio y a estudiantes de Trabajo Social, interesa mucho a otros profesionales conectados con este campo.*

---

- **La Acción Social ante las Drogas. Propuesta de Intervención Socioeducativa**

*Autor:* Amando Vega Fuente

*Editorial:* Narcea, S. A. de Ediciones

*Primera edición:* 1993

*Páginas:* 229

*P.V.P.:* 1.750 ptas

*Dentro de los medios desde los cuales puede y debe atajarse la plaga social constituida por el consumo de drogas, la educación es uno de lo más aconsejables y posiblemente eficaz, pues se dirige a formar o cambiar las actitudes de las personas que ya están o pueden estar afectadas.*

*Este libro ofrece una visión completa del tema: situación y realidad del problema de la drogadicción, posibilidad de la educación como remedio, campos donde realizar esa forma de educación social, instituciones que han de promoverla y recursos con que cuenta. Se trata de una obra de madurez del autor, en la que se destacan toda su ciencia y experiencia anteriores sobre esta cuestión.*





## COLECCIÓN TRABAJO SOCIAL

### Serie «Libros»

1. Introducción al Bienestar Social. (Agotado.)
2. Política social y crisis económica. (Agotado.)
3. Los Servicios Sociales en una perspectiva internacional. 1.500 pesetas.
4. Los Servicios Sociales I. 1.975 pesetas.
5. Los Servicios Sociales II. 1.250 pesetas.
6. Nuevos paradigmas en Trabajo Social. Lo social natural. 950 ptas.

### Serie «Documentos»

1. Dos documentos básicos en Trabajo Social. (Agotado.)
2. Primeras Jornadas Europeas en Servicios Sociales. 320 pesetas.
3. Seminario de historia de la acción social. 975 pesetas.
4. Un modelo de ficha social. 745 pesetas.
5. Jornadas Internacionales de ayuda a domicilio. (Agotado.)
6. Los Servicios Sociales comunitarios. 450 pesetas.
7. La Acción Social en el área rural. (Agotado.)
8. Encuentro sobre Servicios Sociales Comunitarios. 850 pesetas.
9. Seguimiento de la gestión de los S. S. Comunitarios. 850 pesetas.

### Serie «Papeles para el Trabajo Social» (Agotada)

- Los medios de comunicación en el Medio Rural.  
Expresión oral para profesionales del Medio Rural.  
Técnicas básicas de Planificación y Programación.

- La Movilización de los Factores Culturales y el Desarrollo de las áreas rurales.  
Los Servicios Sociales Comunitarios como alternativa de generación de empleo.  
La informática como instrumento para el Trabajo Social.  
El Proceso de Evaluación en las Estructuras Básicas de Servicios Sociales.  
Estructura y procedimiento administrativo en la Administración local.  
La Dinámica de Grupos en el Ámbito Rural.  
Las escenas temidas del Trabajador Social.

### Serie «Cuadernos»

1. Relación entre Servicios Sociales y Sanitarios. (Agotado.)
2. La Formación en Gerencia de Servicios Sociales. 650 ptas.
3. Trabajo Social en los Servicios Sociales comunitarios. 950 ptas.
4. El trabajador social en los servicios de apoyo a la Educación (en prensa)

### Serie «Textos Universitarios»

1. Los Centros de Servicios Sociales. Conceptualización y desarrollo operativo. (Agotado.)
2. Procedimientos y proceso en Trabajo Social Clínico. 950 ptas.
3. Aproximación al Trabajo Social (en prensa)

**DE VENTA EN LIBRERÍAS**

**Distribuye:  
SIGLO XXI Editores**

## SUSCRIPCIONES

Tarifas 1 año (4 números)

**1993**

Estudiantes o colegiados 2.600 Ptas.  
Resto 3.000 Ptas.  
Extranjero 3.800 Ptas.

### SUSCRIPCIÓN AÑO 1993

NOMBRE .....  
DIRECCIÓN .....  
POBLACIÓN ..... C.P. ....  
PROVINCIA .....  
TELÉFONO .....

Es colegiado o estudiante Sí  No   
(Aportar fotocopia carnet correspondiente)

El importe de la suscripción lo haré efectivo:

- Recibo domiciliado en banco o caja de ahorros.  
(En este caso rellenar el boletín adjunto)
- Transferencia (adjuntar comprobante) a Banco Popular.  
Gran Vía, 67. 28013 Madrid. c/c 60/12843-73.
- Giro Postal.
- Contra-reembolso al recibir el 1<sup>er</sup> número.

ENVIAR ESTE BOLETÍN A:  
revista de

## SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL

Campomanes, 10 - 1.º  
28013 MADRID

### DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA

Banco .....  
Domicilio de la agencia .....  
Población .....  
Titular de la cuenta .....  
Número de la cuenta .....

Sírvase tomar nota de atender hasta nuevo aviso, con cargo a mi cuenta, los recibos que a mi nombre le sean presentados para su cobro por la Revista de **Servicios Sociales y Política Social**.

Fecha .....  
Atentamente  
(firma)

# PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS, INDICACIONES GENERALES

1. La Revista de Servicios Sociales y Política Social, como instrumento de difusión y comunicación del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, está abierta a la publicación de trabajos y aportaciones de todos los Diplomados en Trabajo Social así como de profesionales de otras disciplinas, que con su complementariedad y especificidad, enriquezcan el quehacer profesional.

2. Trabajos publicables:

- Investigaciones: empíricas o aplicadas.
- Trabajos de reflexión y recopilación teórica.
- Trabajos de descripción y análisis metodológico.
- Relatos de intervenciones sociales: modelos y resultados.
- Experiencias prácticas (análisis y conclusiones), etc.

Referidos a: Trabajo Social-Política Social y Servicios Sociales.

3. Presentación de artículos:

- Los artículos deberán ser remitidos al Consejo General Campomanes, 10, 1º - Madrid 28013.
- Mecnografiados en papel tamaño DIN-A4, a doble espacio, por una sola cara.
- La extensión deberá atenerse a:
  - Mínimo de 12 folios.
  - Máximo de 40.(Las referencias bibliográficas y prácticas o fotos no contabilizan a estos efectos.)
- El autor o los autores adjuntarán al artículo un resumen del mismo de un máximo de 2 hojas.
- Los cuadros y gráficos se detallarán en hoja aparte, con indicación de página y espacio donde deberán insertarse.
- Las anotaciones, referencias bibliográficas, etc., se numerarán por orden de aparición en el texto.
- Junto al artículo, el autor deberá remitir en folio separado, sus datos personales,
  - Nombre y apellidos.
  - Domicilio y teléfono de contacto.
  - Profesión, lugar de trabajo.
  - Experiencia de campo.
  - Otras publicaciones.
  - Título del artículo, con indicación de si ha sido presentado y/o expuesto en algún otro medio.

4. Contenido de los artículos.

Se exigirán unos mínimos de calidad técnica y científica para la publicación de los artículos. El Comité Editorial, ajustándose a los criterios que este órgano tiene establecidos, velará y valorará los mismos.

El contenido desarrollado en los artículos deberá incidir fundamentalmente en el trabajo social tanto como disciplina, como práctica; en las modificaciones de la Política Social y sus repercusiones; consolidación y/o retroceso en reconocimiento de derechos sociales; Trabajo Social en los diferentes sistemas; análisis y sistematización de metodología, técnicas, etc.

El desarrollo o descripción del artículo deberá ajustarse a un esquema lógico-científico que garantice, de un lado, la facilidad de comprensión y, de otro, el cumplimiento de un mínimo rigor científico (introducción y/o explicación), desarrollo, exposición de datos, análisis, metodología, utilidad y conclusiones y bibliografía.

Los artículos que no sean inéditos se publicarán en función de dos criterios:

- 1.º Que su difusión haya sido en algún medio de difícil acceso a los Diplomados en Trabajo Social.
- 2.º Que haya sido publicado en otro idioma.

5. Los artículos serán propiedad del Consejo, salvo cuando estos hubieran sido publicados con anterioridad.

6. El Comité Editorial valorará todos los artículos recibidos. La decisión será comunicada al articulista, y en caso de no aceptación, le serán devueltos los artículos correspondientes; en caso de aceptación, el articulista recibirá una notificación y 3 ejemplares de la revista en que sean publicados sus trabajos.

