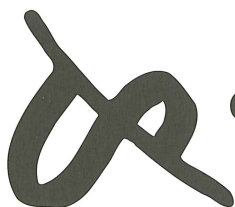


Revista de Servicios Sociales y Política Social

Nuevas necesidades/nuevas respuestas



Consejo General

Diplomados en Trabajo Social

Revista de Servicios Sociales y Política Social

COORDINADOR:

Teodoro García Pérez

COMITE EDITORIAL:

Montserrat Bacardit
M^a. Jesús Brezmes Nieto
Montserrat Castanyer
Dolores Delgado López
Trinitat Grégori Monzó
Margarita Pardo Alfaro
Luz Verde Figueras

El Comité Editorial no se
identifica, necesariamente,
con el contenido
de los artículos publicados

EDITA:

Consejo General de Colegios
Oficiales y Diplomados en
Trabajo Social y
Asistentes Sociales.

JUNTA DE GOBIERNO:

Presidenta: Carmen Guerra Muñoyerro
Vicepresidenta: Dolores Delgado López
Secretario: José Manuel Torrego Osuna
Tesorero: Francisco Barroso Jadraque
Vocales: Dolores Artemán
Luis Bo Ferrer
María Elisa Fernández Pampillón
Teodoro García Pérez
María José Zurita
Mercedes Pérez Lozano

ADMINISTRACION Y REDACCION:

Campomanes, 10, 1^º
28013 Madrid. Tel.: 541 57 76
Horario: de 9 a 14 horas
De lunes a viernes

IMPRIME:

C & M Artes Gráficas

ISSN: 1130-7633
Depósito Legal: M-16020-1984

**SUSCRIPCIONES Y VENTA DE EJEMPLARES SUELTOS:
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES Y POLITICA SOCIAL
CAMPOMANES, 10 - 28013 MADRID**

3^{er} trimestre 1994

Índice

Presentación	7
DOSSIER: NUEVAS NECESIDADES/NUEVAS RESPUESTAS	
Cambio Social y Servicios Sociales: Perspectivas y retos, por M^a Patrocinio las Heras Pinilla	9
Diversidad de políticas en materia de cohesión social, por Eva M^a González Santiago	23
Trabajo Social y medio ambiente, por M^a Luisa Olmos Alvarez, Aranzazu Gallego Molinero y Blanca Gisela Rejón	41
Los Trabajadores Sociales en los Centros de atención a Drogodependientes, por Lorenzo Sánchez Pardo, M^a Jesús Losada Gil, Pedro Márquez Campos y Pilar Sebastián Estebanz	51
Apoyo a la población anciana desde la Atención Primaria de Salud, por M^a Mercedes Alonso Martínez, M^a Jesús Antoranz González, Lucía Morán Pastor, Félix José Mora Guío, M^a José Santelesforo Navarro y M^a Isabel Bravo Martín ..	67
Trabajo Social Empresarial, por Ferrán Llopis Sarrio	85
Necesidades y demandas de la Población con discapacidad del municipio de Santa Comba (La Coruña), por M^a Esther Vázquez Rilo	93
Necesidades de Ocio y tiempo libre en el colectivo de Tercera Edad en el Municipio de Ordes, por Carmen Iglésias de Sousa	99
Bienestar Social, Servicios Sociales Comunitarios y Menores, por Jorge García Marín	107
SECCION LIBRE	
La lucha contra la pobreza en España. Una experiencia compartida con el resto de los países comunitarios, por Santiago Mancho	115
La transmisión heterosexual del SIDA en España, por Ricardo Usieto Atondo y Julia Sastre Espada	127
DE INTERES PROFESIONAL	
Normativa que regula el reconocimiento de títulos de trabajadores sociales europeos para el ejercicio profesional en España	141

REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL

TTTULOS PUBLICADOS EN DISTRIBUCION

1988

- Nº 9: DOSSIER MENORES (agotado)
- Nº10: MUNICIPIO Y S. SOCIALES (agotado)
- Nº11-12: DOSSIER MINUSVALIAS

1989

- Nº 13: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (agotado)
- Nº 14: TERCERA EDAD (agotado)
- Nº 15: SALARIO SOCIAL
- Nº 16: TRABAJO SOCIAL Y JUSTICIA

1990

- Nº 17: TRABAJO SOCIAL Y EMPRESA
- Nº 18: TRABAJO SOCIAL Y FAMILIA
- Nº 19: SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL
- Nº 20: TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA. SITUACION Y PERSPECTIVAS

1991

- Nº 21: LAS NECESIDADES SOCIALES
- Nº 22: AREAS DE BIENESTAR SOCIAL Y ACCIONES INTEGRADAS
- Nº 23: ARTICULOS SUELTOS
- Nº 24: ARTICULOS SUELTOS

1992

- Nº 25: LA SUPERVISION
- Nº 26: V JORNADAS DE SERVICIOS SOCIALES EN EL MEDIO RURAL
- Nº 27: APORTACIONES PROFESIONALES LIBRES AL VII CONGRESO ESTATAL
- Nº 28: LA INMIGRACION

1993

- Nº 29: ARTICULOS SUELTOS
- Nº 30: EVALUACION
- Nº 31-32: INCIDENCIA DE LA CRISIS EN EL ESTADO DE BIENESTAR

1994

- Nº 33: INTERVENCION EN EL AMBITO FAMILIAR (I)
- Nº 34: INTERVENCION EN EL AMBITO FAMILIAR (II)
- Nº 35: NUEVAS NECESIDADES/NUEVAS RESPUESTAS**

PROXIMA PUBLICACION

- Nº 36: LA ARTICULACION DEL TEJIDO SOCIAL

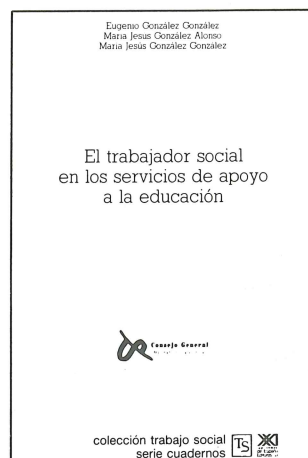
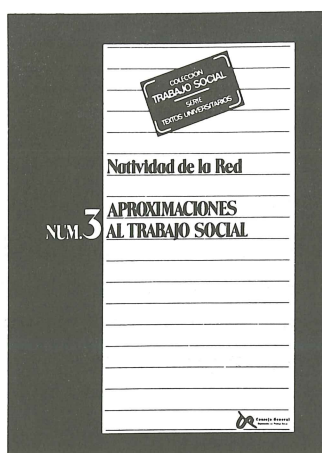
Presentación

Las transformaciones sociales de los últimos tiempos han motivado el abordaje de este número, que bajo la denominación de «Nuevas Necesidades/Nuevas Respuestas» pretende analizar la nueva realidad en determinados aspectos y poner de manifiesto nuevos retos de futuro en el desarrollo de la Protección Social.

La complejidad del tema requiere, sin duda, de un análisis y síntesis que trasciende las posibilidades de un número de esta publicación, de ahí que el presente monográfico tenga como texto marco una reflexión sobre «el cambio social y Servicios Sociales, perspectivas y retos», así como una variedad de artículos que nos pueden ayudar a identificar ciertos desafíos que tienen planteados la intervención profesional.

En próximos números tendrían cabida parte de las cuestiones que no se han podido incluir en este y que son objeto de interés profesional en relación a la nueva realidad. Cuestiones como el debate público/privado, la calidad de los servicios, la necesaria adaptación de la intervención social ante los cambios y la consiguiente especialización entrarán a formar parte de la programación de sucesivos números de esta revista.

NOVEDADES EDITORIALES



TITULO: Aproximaciones al Trabajo Social
AUTORA: Natividad de la Red Vega
COLECCION: Trabajo Social
SERIE: Textos Universitarios, nº 3
Nº PAGINAS: 269
P.V.P.: 2.275 ptas.

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 al creciente número de autores españoles que abordan esta tarea.

Natividad de la Red, con este trabajo, contribuye con su incuestionable capacidad, formación y experiencia, al esfuerzo de ir abundando en una sistematización del Trabajo Social.

Texto especialmente dirigido a estudiantes y opositores en el área del Trabajo Social.

TITULO: El Trabajador Social en los servicios de apoyo a la educación
AUTORES: Eugenio González Glez.
 M^a Jesús González Alonso.
 M^a Jesús González Glez.
COLECCION: Trabajo Social
SERIE: Cuadernos, nº 6
Nº PAGINAS: 168
P.V.P.: 1.000 ptas.

Los autores abordan en este trabajo el quehacer profesional del Trabajador Social en los Servicios de Apoyo a la escuela (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.

Con la edición de este libro, el Consejo General pretende aportar un valioso instrumento de trabajo al ámbito de la educación, desde la perspectiva del Trabajo Social, en el que la bibliografía específica resulta todavía muy escasa.

CAMBIO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES: PERSPECTIVAS Y RETOS

1. Cambio social y nuevas necesidades

El Sistema de Servicios Sociales orienta su actividad a abordar situaciones de necesidad que se producen en el ámbito de la convivencia personal y social de los ciudadanos. Los cambios sociales producidos nos plantean nuevas necesidades sociales que alcanzan a amplias capas de la población, desbordando el ámbito de las antiguas formas de marginación y pobreza.

Entre los cambios más significativos que reclaman un desarrollo de *políticas para la igualdad*, merece la pena destacar las aportaciones que, desde Servicios Sociales, se pueden realizar ante las necesidades que se derivan de esos cambios:

1. *El cambio de roles* en la relación hombre-mujer y la consiguiente exigencia de equidad en el reparto de responsabilidades familiares y sociales, han contribuido a que mayoritariamente las familias de hoy no se sustenten en la figura «mujer-ama de casa». La demanda de Servicios Sociales de apoyo a la familia, tanto en lo que se refiere a la *ayuda domiciliaria* como a las diversas al-

ternativas de acogida ante las situaciones de crisis y/o abandono, han hecho imprescindible la puesta en marcha de Servicios Sociales de apoyo a la convivencia personal de los ciudadanos.

2. *Los cambios demográficos* y el consiguiente envejecimiento de la población, ha aumentado considerablemente el número de personas mayores que viven solas y que demandan *Servicios Sociales de apoyo a la convivencia*, tanto en el ámbito del domicilio como en alternativas de acogida familiar y/o residenciales.

3. Nuestra sociedad vive la dualidad de contar con amplios sectores «satisfechos» e «instalados» en el progreso económico y, a la vez, nuevas capas sociales que, en el marco de las transformaciones económicas y la crisis, van engrosando las filas del desempleo: parados de larga duración, jóvenes que no logran acceder al primer empleo, familias monoparentales, especialmente mujeres con hijos a su cargo, que sufren los efectos de la expulsión del mercado de trabajo... Ello ha generado el fenómeno denominado «*nueva pobreza*», que nos plantea

el reto de enfrentarnos a una auténtica política de integración social para aquellos ciudadanos que no tienen acceso a una integración en el mercado laboral.

4. Asimismo, surgen fenómenos de *desestructuración social* como la drogodependencia, delincuencia, racismo, xenofobia..., que amenazan las bases de nuestra convivencia social. Ello requiere alternativas de *prevención e inserción social* capaces de potenciar los valores de tolerancia y convivencia social y multicultural.

2.- Reformulación ante las nuevas necesidades

En el proceso de abordar las necesidades sociales derivadas de los cambios señalados, surgen y se desarrollan los Servicios Sociales como un nuevo subsistema de las políticas del bienestar social, insertándose en los nuevos *objetivos y tendencias* del bienestar social que se impulsan desde los nuevos movimientos sociales y penetran la filosofía social de los foros internacionales.

Mención especial merece la Declaración sobre el Progreso y Desarrollo en lo Social de Naciones Unidas de 1969, o el Convenio Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como la celebración de los Años Internacionales dedicados a distintos temas sectoriales de política social y también la Estrategia Internacional para el Desarrollo de la Tercera Década de Naciones Unidas. Asimismo y en especial la Carta Social Europea del Consejo de Europa y la Declaración sobre los Derechos Fundamentales de los Trabajadores de la Comunidad Europea.

Desde estas políticas, se abre una nueva filosofía en el bienestar, que pretende consolidar nuevos sistemas públicos orientados hacia la definición del derecho social y la potenciación de la prevención de las si-

tuaciones de necesidad, hacia el desarrollo y cohesión social.

Para abordar la política de bienestar en el marco de los cambios socioeconómicos y con proyección de futuro, se hace necesario un replanteamiento del *pacto social* sobre el que se sustenta el actual modelo clásico de bienestar, basado fundamentalmente en los intereses de los sectores de la población que participan en el proceso productivo, de ahí su desarrollo más avanzado a través de la Seguridad Social contributiva, por lo cual se concedía los derechos sociales para los trabajadores y excluía a los ciudadanos carentes de empleo.

La demanda de los nuevos movimientos sociales que reclama la igualdad de derechos no sólo políticos, sino también sociales y culturales, en base a la ciudadanía, recogido constitucionalmente, conducen a la reformulación del pacto social originario, y en consecuencia a la conversión del viejo modelo de protección social. El nuevo modelo de bienestar se sustenta en los principios de universalidad de los derechos sociales, igualdad de oportunidades, prevención, desarrollo social, cooperación y corresponsabilidad social, etc., reformulándose en base a estos principios los objetivos del bienestar social.

– *Garantizar la atención de necesidades básicas al conjunto de la población*, mediante la puesta en marcha del principio de igualdad de derechos de todos los ciudadanos, haciendo efectivo este principio mediante la universalización de las prestaciones básicas que han de ofertar los *sistemas públicos* de Sanidad, Educación, Pensiones, Servicios Sociales, Desempleo...

– *Defender la igualdad de oportunidades al acceso a los recursos públicos* de forma normalizada y a la promoción y desarrollo integral de las personas y grupos sociales

más desfavorecidos, garantizando en esta línea, el respeto a su identidad diferencial, mediante programas y/o *planes integrales* de acción positiva.

– Asegurar un tratamiento integral de las personas y grupos ante sus necesidades sociales, estableciendo mecanismos de *coordinación interdepartamental que den globalidad y eficacia a la política social*.

– Prevenir la marginación y la pobreza con *planes de desarrollo social y lucha contra la pobreza*, fomentando la planificación local integrada desde los propios recursos humanos y socioeconómicos de la comunidad potenciando la *integración y cohesión social*.

– Promover la *solidaridad* por un lado, entre instituciones y ciudadanos, y por otro, entre los propios ciudadanos, a través de la promoción de la participación ciudadana.

– Promover la *calidad de vida* potenciando el papel de los profesionales y la participación de los usuarios, garantizando el control de calidad de los servicios públicos y la correcta aplicación de *los derechos humanos*.

Los objetivos señalados, marcan las tendencias sociales en cuanto a las demandas del bienestar y las tendencias en los programas políticos de bienestar social.

1. Implantación de *sistemas públicos* que garanticen el derecho social a la cobertura de necesidades básicas.

2. Puesta en marcha de *planes integrales para la igualdad de oportunidades* de los diferentes colectivos en situación de discriminación social.

3. Potenciación de *políticas de desarrollo y cohesión social* con capacidad de abordar los fenómenos de pobreza y marginalidad, tanto a niveles territoriales como en el ámbito de grupos sociales específicos.

4. Promoción de *políticas de cooperación social* con el objetivo de potenciar la corresponsabilidad pública y privada ante las necesidades sociales.

2.1. Sobre los sistemas públicos

En consecuencia el bienestar social ha de hacer real y efectiva la *garantía de derechos sociales básicos* para todos los ciudadanos en materia de educación, sanidad, pensiones, desempleo y servicios sociales, para ello será necesario completar la *universalización* de las prestaciones básicas que ofertan cada uno de los sistemas que se ocupan de las citadas materias. Hasta el momento se ha dado un salto cualitativo en la implantación de la universalización de la asistencia sanitaria y de la educación, así como en la implantación del sistema de pensiones con la creación del nivel no contributivo de la Seguridad Social.

En los otros sistemas señalados se ha procedido a la legislación reguladora de los derechos sociales pero, está pendiente el desarrollo legislativo que garantice la efectividad de esos derechos. La carencia de infraestructuras en Servicios y Centros necesarios para la cobertura de los derechos sociales, hace que la inversión en Centros y Servicios se convierta en una prioridad.

Además, la burocratización en el desarrollo de los sistemas públicos de protección social, produce un déficit de eficacia que exige orientar las políticas hacia la racionalización y la eficiencia.

Asimismo, las tendencias actuales exigen primar en el marco del desarrollo de los sistemas *medidas preventivas de participación social*, y de *calidad en la prestación de los Servicios* y proceder la máxima *descentralización* en el marco de las competencias locales y autonómicas articulando la coope-

ración entre Administraciones mediante *planes concertados* que garanticen la adecuada planificación y redistribución de recursos.

2.2. Sobre planes integrales para la igualdad de oportunidades:

Estos planes dirigidos a grupos sociales específicos que viven procesos de discriminación o marginación social han alcanzado un gran desarrollo en algunos ámbitos concretos tales como la igualdad de oportunidades para la mujer, la juventud, la integración social de personas con minusvalías... Estos planes se estructuran hacia los siguientes objetivos y medidas:

- Medidas compensatorias para facilitar el acceso a los bienes y servicios de la comunidad y lograr la normalización de los grupos sociales en su desarrollo personal y social.

- Medidas preventivas orientadas a superar las causas originarias de las discriminaciones y marginaciones sociales.

- Medidas de apoyo al asociacionismo como garantía de solidaridad social y de autoayuda.

- Medidas de mentalización social orientadas al desarrollo de una cultura ciudadana de convivencia y aceptación de los valores diferenciales en base al respeto de la identidad diferencial de los colectivos sociales específicos.

Los planes integrales referidos a los distintos grupos sociales requieren el establecimiento de mecanismos de cooperación interdepartamental y social que permitan la coordinación de las políticas interinstitucionales y sociales, garantizando la normalización de las actuaciones en el marco de cada ámbito específico de la política social.

2.3. Sobre planes de desarrollo social y lucha contra la pobreza:

Los planes integrales de desarrollo social tienen como objetivo la articulación de políticas sociales, industriales, culturales, etc., en zonas deprimidas en base a la metodología del desarrollo social integrado y de la participación de los agentes locales en su propio desarrollo.

Estos planes se han potenciado desde los Programas Europeos de Lucha Contra la Pobreza. En la actualidad España participa en el Tercer Programa Europeo de Lucha Contra la Pobreza que ha concentrado sus recursos presupuestarios en proyectos con capacidad innovadora.

Desde el marco de las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales y por propia iniciativa se están abordando planes locales de desarrollo social integrado con la cooperación de distintas áreas de la Administración y un esfuerzo especial en la creación de infraestructuras y servicios en zonas de especial marginación.

Merece destacar también en esta línea de actuación los planes y programas de *cooperación al desarrollo* con otros países en vías de desarrollo y como toma de solidaridad internacional.

2.4. Sobre políticas de cooperación social

Potenciar la corresponsabilidad ciudadana en las políticas de bienestar social exige desarrollar una cultura de solidaridad y participación en Asociaciones, Fundaciones, y en general en las ONG que realizan programas sociales complementarios a las prestaciones y programas públicos, en especial en el campo de la prevención, autoayuda y promoción social.

La potenciación de estas organizaciones y de sus programas, así como el impulso y

desarrollo de una cultura ciudadana favorable a la participación de todos en el *Voluntariado social*, exige el desarrollo de medidas de mentalización y concienciación social desde los medios de comunicación, así como su estímulo e iniciación desde la escuela, los partidos políticos y otras instituciones de interés social.

3. El Sistema Público de Servicios Sociales

3.1. La creación del Sistema Público de Servicios Sociales

En el marco de los objetivos señalados en políticas de bienestar social, y como respuesta a las nuevas demandas sociales, a lo largo de la década de los 80 se inicia en España el proceso de implantación y desarrollo del Sistema de Servicios Sociales.

A continuación se señalan los hitos más significativos en la constitución del Sistema Público de Servicios Sociales¹:

1. Promulgación de las Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, en las que se definen las necesidades concretas a las que se quiere dar respuesta desde los Servicios Sociales, estableciéndose unas prestaciones homogéneas y una Red de Servicios que son la base del Sistema Público de Servicios Sociales.

2. Promulgación en 1985 de la Ley de Bases de Régimen Local, donde se establece la obligatoriedad de los Ayuntamientos a prestar Servicios Sociales, derogándose jurídicamente la Beneficencia Pública. La Ley sanciona, en materia de Servicios Sociales, la superación de la Beneficencia Municipal, hecho éste que en la práctica ya habían realizado los Ayuntamientos democráticos.

3. Aprobación en 1987 del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios

Sociales entre las Administraciones Públicas. Este Plan surge precisamente, como acuerdo de las Comunidades Autónomas, la FEMP y la Administración Central para garantizar los derechos básicos, que en Servicios Sociales, han de tener todos los ciudadanos españoles con igualdad de condiciones independientemente de su territorialidad. Es de destacar que el Plan es expresión de los contenidos homogéneos de las propias Leyes de Servicios Sociales y de la Ley de Bases de Régimen Local.

4. Universalización de los Servicios Sociales de la Seguridad Social para ancianos y personas con minusvalía, en el marco de la Ley de Pensiones y Prestaciones Sociales No Contributivas. Estos servicios dejan de exigir el requisito de afiliación a la Seguridad Social contributiva, se extiende a todos los ciudadanos en función de la objetividad de situaciones objeto de protección.

En consecuencia, el derecho de los ciudadanos a los Servicios Sociales se asienta en un novedoso sistema de ingeniería normativa (legislación de Seguridad Social, Leyes homogéneas de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, Ley de Régimen Local), producto de la compleja distribución de competencias que en este tema tienen las diversas Administraciones Públicas. También los Servicios Sociales se apoyan en un no menos novedoso diseño de gestión, donde se asume perfectamente la colaboración de la iniciativa privada y el voluntariado social, con el sistema público. Así pues, se configura el Sistema de Servicios Sociales como Sistema Público de Gestión Mixta.

¹ Resumen del texto de Presentación del libro *Leyes Autonómicas de Servicios Sociales*, Ministerio de Asuntos Sociales, Servicio de Publicaciones del MAS, 1989.

3.2. Contenidos del Sistema de Servicios Sociales

El cuadro que se expone a continuación, expresa de forma sintética la sistematización de los objetivos generales del Sistema Público de Servicios Sociales, las necesidades sociales que este sistema aborda y sus correspondientes prestaciones. Además, sistematiza la red de atención de recursos

del sistema y sus correspondientes equipamientos públicos, así como los recursos de iniciativa social.

El siguiente cuadro es una transcripción del editado en la revista *Cuadernos de Acción Social* núm. 14 del Ministerio de Asuntos Sociales, Servicio de Publicaciones del MAS, 1988.

ASISTENCIA, PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN SOCIAL	OBJETIVOS GENERALES	NECESIDADES SOCIALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PRESTACIONES	RED DE ATENCIÓN PÚBLICA	
					EQUIPAMIENTOS	
					Comunitarios	Específicos
Garantizar una PROTECCIÓN SOCIAL a través de prestaciones sociales básicas ante situaciones de necesidad	ACCESO A LOS RECURSOS SOCIALES	Prevenir desigualdades en el uso de los recursos sociales	INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN	CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES • Unidades de Trabajo Social de Zona. • Equipos interprofesionales.		
		CONVIVENCIA PERSONAL	AYUDA A DOMICILIO			<ul style="list-style-type: none"> • Viviendas tuteladas. • Centros acogida • Residencias. • Albergues.
		INTEGRACIÓN SOCIAL	ALOJAMIENTO			<ul style="list-style-type: none"> • Centros ocupacionales. • Centros de inserción. • Centros de relación social. <ul style="list-style-type: none"> – Hogares. – Clubes.
		Potenciar la responsabilidad social ante las necesidades sociales	INSERCIÓN SOCIAL			
Promover la COOPERACIÓN SOCIAL con organizaciones no gubernamentales (instituciones sin fin de lucro)	SOLIDARIDAD SOCIAL		FINANCIACIÓN Y APOYO TÉCNICO		RECURSOS DE INICIATIVA SOCIAL	
					<ul style="list-style-type: none"> • Familias de acogida. • Asociaciones. • Grupos de autoayuda. • Iniciativas de apoyo mutuo. • Voluntariado social. • Fundaciones. 	

4. Perspectivas y retos del sistema de servicios sociales

El Sistema de Servicios Sociales se configura en una doble perspectiva:

A) Como un sistema que ha de garanti-

zar el derecho a prestaciones sociales básicas ante situaciones de necesidad en el ámbito de la convivencia personal y social de los ciudadanos, lo cual exige reforzar la consolidación y desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales.

B) Como un sistema dirigido a promover la solidaridad social con el propósito de la corresponsabilidad entre instituciones y sociedad para abordar las necesidades sociales, superando el paternalismo.

4.1. Retos en el proceso de la consolidación y desarrollo del Sistema de Servicios Sociales

En la *perspectiva de consolidar y desarrollar el Sistema Público de Servicios Sociales*, nos enfrentamos a la ofensiva de quienes pretenden dismantelar el Estado de Bienestar pero también nos enfrentamos a nuevos problemas derivados de la crisis que requieren nuevas fórmulas de gestión y de participación.

El debate se ha desarrollado en distintos aspectos de los que aquí destacamos algunos de ellos:

A) El debate de la universalidad de los sistemas de bienestar

Las críticas a la universalidad afectan directamente al Sistema de Servicios Sociales. El Sistema de Servicios Sociales nace, surge y se desarrolla desde el principio de universalidad. El principio de universalidad ha sido clave para la superación de la Beneficencia Pública en España. Esta es incompatible con el Estado social y democrático de Derecho, por el que todos los ciudadanos son iguales ante los derechos sociales que la Constitución reconoce. Además, de forma especial, la Constitución establece la obligación de los poderes públicos para garantizar prestaciones básicas suficientes ante situaciones de necesidad, universalizando para ello los derechos de Seguridad Social a la que se incorpora un nivel no contributivo de protección social (art. 41).

La ruptura con el principio de universalidad, además de inconstitucional, conduciría al resurgimiento de la Beneficencia, pues

se requeriría reconstruir un nuevo censo o «padrón de pobres» para definir el requisito de «pobre» o persona que careciera de derechos sociales básicos. Algo incomprensible e inadmisible en una sociedad en la que el requisito de ciudadanía es el único válido para acceder a los derechos políticos, sociales y culturales.

Ni tan siquiera el resurgimiento de la Beneficencia Pública estaría justificado para refugiados y extranjeros en general, ya que en estos supuestos serán aplicables los convenios de reciprocidad entre países y/o las propias leyes específicas de refugio y asilo, emigración, y/o extranjería en cada caso.

En el debate de la universalidad, se ha incorporado con frecuencia el debate de las tasas y precios por servicios. Es por tanto importante profundizar en ello. La aplicación de tasas no pone en cuestión el principio de universalidad de los servicios, siempre que éstos se presten para todos los ciudadanos que los precisen y no se produzcan distintas ofertas de calidad en función del pago por servicios. La filosofía del bienestar social se basa en la igualdad de derechos para todos y en la solidaridad redistributiva, por ello el principio de universalidad no queda cuestionado cuando para determinados servicios a los que todos tienen acceso, se establecen precios o tasas en función de ingresos que vienen a complementar la financiación de los mismos.

Asimismo, la filosofía de los Servicios Sociales es una filosofía de solidaridad en la que, a través de servicios que son universales, las personas que reciben estos servicios pueden participar con su aportación económica, en función de sus ingresos; los servicios así constituidos, no son para los pobres sino para quienes realmente los necesitan.

Por tanto, al igual que no se cuestiona la universalidad en sanidad y ésta no se utiliza

si no se necesita, tampoco resultaría procedente cuestionar la universalidad en Servicios Sociales, si realmente se utilizan para los problemas sociales que se abordan en la correspondiente legislación de Servicios Sociales. Los problemas sociales se dan en todos los sectores de la población. Pueden afectar a personas de distintas categorías sociales y económicas. Por ejemplo, el fenómeno de los malos tratos en la familia afecta tanto a familias con recursos como sin ellos. Todas las personas que padecen este problema deberían tener oportunidad de acceder a los Servicios Sociales, sean éstos de gestión pública o privada (concertada o subvencionada). Este servicio social, se establecerá para toda persona afectada por ese problema. Las personas con medios económicos, contribuirán al desarrollo de estos servicios con las tasas o precios por servicios que las Administraciones Públicas establezcan. No sería consecuente establecer una categoría de servicios de atención a la familia, para familias con medios económicos, y otra categoría, para familias sin recursos, de forma diferenciada. Ello crearía Servicios Sociales para pobres y servicios para ricos, todos ellos afectados por una misma problemática social. El resultado final respondería a un único objetivo: la categorización institucional de la pobreza frente al derecho de ciudadanía.

El sistema sanitario, el sistema educativo, o el de Servicios Sociales, definen unas prestaciones básicas universales y también otras prestaciones complementarias para todos, independientemente de su situación económica. Las tasas académicas, o tasas farmacéuticas, o tasas por prestación de Servicios Sociales, no van contra el principio de universalidad. El que se establezcan estas tasas, no significa que el sistema no esté prestando un servicio universal, sino que se está produciendo una corresponsabilidad financiera entre el preceptor del servicio y el servicio público. Así pues, des-

de este planteamiento, los Servicios Sociales definen unas prestaciones y derechos sociales, con carácter universal, para todas aquellas personas que se encuentren en situaciones concretas o problemas sociales que afecten a las personas en el ámbito de la convivencia personal y social.

Las tasas y precios por servicio han sido desde su comienzo instituidas en los Servicios Sociales y ello no ha conllevado el cuestionamiento de la universalidad. Por ejemplo, un anciano de clase media, puede necesitar un alojamiento en una residencia. Los Servicios Sociales, desde su origen previeron que se pagara una tasa o un precio por servicio, y la Seguridad Social desde el inicio de la creación del INSERSO la aplicó en su red de residencias, estableciendo un porcentaje en función de la pensión que cada pensionista percibe, porcentaje que contribuye a complementar la financiación del sistema para poder prestar más y mejores servicios.

Desde esta perspectiva los Servicios Sociales han logrado combinar el principio de universalidad ante situaciones concretas de necesidad, con la corresponsabilidad en el aspecto económico de los costes de los servicios, en función de los ingresos de los usuarios; y, a su vez, han ido definiendo progresivamente mediante baremos objetivos las situaciones sociales objeto de protección a través de Servicios Sociales creados a tal efecto. Las personas afectadas por esa situación serán atendidas por los Servicios Sociales. El trato y el modelo de servicios será el mismo, no en función de categorías económicas, sino en función de la especialidad del problema a tratar.

El problema de la universalización es en Servicios Sociales, más una cuestión derivada de la escasa implantación del sistema y por tanto de tener todavía una red de atención muy insuficiente en relación a la deman-

da, razón por la cual los baremos de acceso priorizan, ante un mismo problema social las condiciones económicas. Esta condición afecta a las prioridades actuales en la gestión de la red, pero no debe afectar a la estrategia de universalización inherente a todo sistema de protección social.

B) Tensión «Público-privado»

Otro aspecto también que se debate mucho y forma parte de la crítica que se hace al Estado de Bienestar, se refiere a la mayor o menor intervención pública y/o privada en los servicios del bienestar. En lo que afecta al Sistema Servicios Sociales algunos observadores cuestionan la esencia pública del sistema ante el hecho de una fuerte presencia de empresas y agencias no gubernamentales que participan en la gestión.

También en este caso se ha creado una falsa contradicción ya que la gestión privada no cuestiona la responsabilidad pública del sistema.

La gestión de los servicios puede ser privada, encargarse a empresas, o a Organizaciones No Gubernamentales en función de la eficacia que sea necesaria para prestar el servicio. En todo caso, el servicio es de naturaleza pública en cuanto que es la Administración Pública quien determina el derecho a ese servicio, en el nivel territorial en el que se esté prestando el servicio; las tasas y/o precios por servicios las definen los Ayuntamientos y/o las Comunidades Autónomas; la calidad y el control de calidad corresponde también a las Administraciones Públicas. La gestión de determinados servicios puede ser más rentable, más económica y a veces mucho más ágil y eficaz, haciéndola a través de una empresa o a través de una Organización No Gubernamental, pero ello no merma la condición de servicio público, ya que no es el mercado el que lo produce, sino la política social que viene a dar cobertura a necesidades sociales.

C) El burocratismo

Otra crítica que se plantea es la *burocratización*. Es importante enfrentarse a esta crítica con un análisis adecuado. Los Servicios Sociales han tenido una expansión rápida, producida por la creación del Sistema en la última década y han podido asumir algunos «tic» de los vicios administrativos que se tienen en otros sistemas del bienestar. Ahora bien, los Servicios Sociales han nacido, ya desde su origen, como ruptura con el paternalismo benéfico-asistencial, con un planteamiento de cooperación social con las Organizaciones No Gubernamentales; todo lo cual marca el espíritu de los Servicios Sociales contra el burocratismo. Habrá que hacer un esfuerzo de racionalización en los procesos administrativos. Pero la auténtica forma de romper la burocracia que puede existir es avanzar en la metodología de la corresponsabilidad del usuario y en la cooperación social con las Organizaciones No Gubernamentales y el Voluntariado Social. Es decir, hacer copartícipes del trabajo que se desarrolla en cada una de las prestaciones y programas, al individuo, al grupo y a la comunidad y potenciar un voluntariado que existe en la sociedad y que puede realmente cooperar en acciones asistenciales, de prevención y de promoción social complementarias a las del servicio público.

La acción del voluntariado está poco desarrollada desde los niveles municipales. La referencia a Ayuntamientos de países anglosajones donde se practica un voluntariado desde ONG vinculadas a los Servicios Sociales municipales es un gran apoyo para la corresponsabilidad ciudadana. Los municipios anuncian desde un tablón de anuncios las demandas de voluntariado que los vecinos hacen, y a su vez, las demandas de vecinos que quieren hacer actividades voluntarias; los Servicios Sociales recogen la demanda de voluntariado y la atención que quieren prestar los voluntarios, las clasifican, sistematizan y prestan apoyo y asistencia técnica a las ONG de voluntariado para capacitar a los voluntarios.

Esto tiene una doble importancia social: Los Servicios Sociales están respondiendo a las necesidades sociales de los vecinos y, a su vez, están dando respuesta a la necesidad de solidaridad que surge de las personas para afrontar los problemas sociales que perciben en la comunidad. Esta forma de actuar que nos aportan los Servicios Sociales tiene como resultado no sólo la solución de problemas sociales, sino además, el reforzamiento de los lazos de pertenencia e identidad de los miembros de la comunidad con el proyecto de convivencia ciudadana que enriquece su existencia social y personal.

D) La tensión entre planes integrales y sistemas de protección social

Como se ha expuesto, el bienestar social se desarrolla a través de los sistemas públicos que garantizan derechos ante necesidades sociales concretas, y a través de planes integrales para la Igualdad de Oportunidades.

Estos planes integrales con los cuales los Servicios Sociales han de trabajar, son para todos conocidos; Plan de Igualdad de Oportunidades para la Mujer; Plan de Integración Social de Minusválidos, Plan de Desarrollo Gitano; Plan de Atención a Inmigrantes; Plan Gerontológico, etc. Todos los grupos sociales que viven algún tipo de discriminación social, están siendo abordados por las políticas de bienestar, a través de un plan integral.

Dejar conceptualmente claro que estos planes integrales son planes que atraviesan transversalmente todos los sistemas del bienestar social, parece que es todavía necesario. Por poner un ejemplo, el Plan de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, plantea acciones positivas que luego han de desarrollar los distintos sistemas. Es importante tener clara esta conceptualización para

articular bien el Sistema de Servicios Sociales y su relación con los planes integrales. El Plan de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, por poner un ejemplo, tiene acciones para desarrollarse en el ámbito de la sanidad, como puedan ser el apoyo a la planificación familiar, o el apoyo a determinados problemas relacionados con el aborto o con otras cuestiones de prevención sanitaria, del cáncer ginecológico, etc. Todas estas acciones positivas no deberían gestionarse desde el plan integral. El plan integral ha de vigilar que se gestionen desde el sistema sanitario.

Otras acciones del plan integral corresponden al ámbito de la educación. La mujer quiere y reivindica en los planes integrales una educación no sexista. No serán los Servicios Sociales, los que tendrán esa función, será el sistema educativo el que tendrá que abordar esa educación no sexista en todo su desarrollo educativo.

También desde el Plan Integral de la Mujer se plantea la acción contra los malos tratos; no será la educación, ni será la sanidad quienes aborden esas acciones, sino que corresponderá a los Servicios Sociales, quienes tendrán que trabajar desde su propia red para enfrentarse al problema de los malos tratos en la convivencia familiar y crear los servicios necesarios tales como casas de refugio, asistencia jurídica, psicológica y social, etc.

Los Servicios Sociales y el conjunto de las políticas de bienestar social, se rigen por los criterios de integralidad y de normalización. La integralidad facilita que cada colectivo que vive un problema social pueda ser tratado de forma integral, en un plan integral globalmente entendido, con acciones positivas en el conjunto de los sistemas; y la normalización supone que cada sistema ha de asumir las medidas de acción positiva que le correspondan y trabajar por desarrollar

esas acciones positivas de forma normalizada y no marginal, integradas dentro de su propio sistema.

Esto despeja el reto que se plantea en la ordenación de la Red de Servicios Sociales. Los Servicios Sociales están prestando un gran apoyo a los planes integrales; el esfuerzo de racionalización ha de orientarse de forma normalizada, evitando que se generen marginaciones institucionales que terminan reforzando las marginaciones sociales. A su vez ha de evitarse la duplicidad de redes paralelas que encarecen las políticas de bienestar social.

E) La falsa identificación «Integración = Absorción»

Las políticas de integración social, están orientadas al objetivo de que personas y grupos que viven algún tipo de discriminación o marginación social, puedan conseguir los mismos derechos que el conjunto de los ciudadanos a participar en la vida social y a ser reconocidos sobre la base del respeto a su identidad. Las políticas de integración facilitan a su vez medidas de acción positiva para la inserción social en el conjunto de los sistemas de bienestar social a través de los cuales se pretende garantizar la igualdad de derechos. A su vez ponen en marcha mecanismos de prevención de la marginación a través de la intervención con la persona, grupo y comunidad. Desde el planteamiento de una minoría marginada cultural y socialmente, como es por ejemplo la situación del pueblo gitano, las políticas para su integración social, plantean mecanismos para el reconocimiento de los derechos de esta minoría como ciudadanos y a su vez, plantean medidas de acción positiva para alcanzar la inserción en el ámbito laboral, social, educativo, sanitario, etc. De ningún modo dicha integración significa absorción, ya que lo que se reivindica con la integración son derechos

sociales que se tienen en teoría pero de los que se carece en la práctica. Su consecución se apoya en la metodología de los planes integrales para la igualdad de oportunidades.

El proceso de integración cuenta con medidas de inserción que actúan como puente desde la marginación hacia la consecución de la igualdad de derechos. Los Servicios Sociales han de desarrollar una metodología adecuada a estos fines para evitar que los programas de inserción se desvíen hacia fines ajenos y a su vez para evitar la dependencia institucional de los usuarios con respecto a los Servicios Sociales, facilitando a la persona o grupos en situación de discriminación social su adecuada inserción en las redes normalizadas educativas, sanitarias, de empleo, etc.

Los programas han de partir del reconocimiento de la realidad diferencial de individuos y grupos y trabajar para una integración social que lejos de perseguir la absorción, se plantea el desarrollo de valores de solidaridad y complementariedad para potenciar una convivencia social abierta, tolerante y pluricultural.

4.2. En la perspectiva de la solidaridad y corresponsabilidad de la Sociedad Cooperación con la iniciativa social

La colaboración, como principio de funcionamiento básico en la corresponsabilidad posibilita el desarrollo de programas de solidaridad complementarios a los del sistema público permitiendo llevar la acción social a ámbitos donde no es accesible aquél.

Prevenir la existencia de marginación y discriminaciones sociales plantea la participación de los ciudadanos y las instituciones en el desarrollo de la solidaridad. La promoción social también requiere la participación activa de las personas y grupos que viven

cualquier proceso de discriminación para que la conquista de la igualdad de sus derechos logre ser real y efectiva.

Prevención y promoción no son acciones que se puedan realizar sin una estrecha cooperación entre instituciones y sociedad. Por ello los Servicios Sociales se enfrentan al reto de la participación social como elemento clave para lograr sus propios objetivos.

Tradicionalmente, la función de solidaridad ha sido el motor superador de las marginaciones y discriminaciones sociales, tanto en políticas de protección social pública como en las actividades de los movimientos sociales para enfrentarse a los cambios sociales.

La experiencia histórica más destacada de solidaridad social nos la presenta el propio movimiento obrero con sus conquistas sociales, frente a los riesgos de enfermedad, invalidez, paro, etc., origen de algo tan importante hoy para todos como es el sistema de Seguridad Social.

Desde los nuevos movimientos sociales se está impulsando un tipo de solidaridad orientado a la autoayuda como reivindicación social frente al paternalismo, desde la acción protagonista de los propios sujetos afectados por las diversas formas de marginación, pobreza y discriminación.

El impulso de la solidaridad desde la iniciativa social se orienta al desarrollo de los siguientes objetivos:

- Potenciar la realización personal y social teniendo en cuenta la identidad diferencial de individuos, grupos y comunidades.

- Generar redes sociales y ámbitos de relaciones sociales.

- Prevenir las desigualdades y discriminaciones sociales.

- Participar plenamente en la sociedad

desde la perspectiva de los deberes y los derechos de ciudadanía.

Los programas de cooperación que pueden articularse desde la colaboración entre el Sistema de Servicios Sociales y las entidades de iniciativa social, se orientan hacia las siguientes acciones:

- Potenciar en la sociedad la igualdad de oportunidades, desarrollando la mentalización social, el cambio de actitudes y costumbres sociales que inciden la aceptación de las realidades diferenciales en la convivencia social.

- Apoyar a las personas carentes de autonomía personal, especialmente ancianos, minusválidos y niños, desarrollando actividades de compañía, movilidad, ocio...

- Desarrollo de iniciativas de convivencia alternativa, tales como familias sustitutas de acogimiento familiar.

- Estimular fórmulas de convivencia social, promoviendo los hogares, servicios colectivos...

- Facilitar la integración social, promoviendo grupos de autoayuda para personas con problemas de desarraigo y marginación social.

Para ello, se hace necesario la existencia de un clima sociocultural favorable a la participación de los ciudadanos en el Voluntariado social. El objetivo de desarrollar un tejido social comprometido con la solidaridad tendrá su garantía en la participación activa de adolescentes y jóvenes, estimulando para ello programas específicos de solidaridad social desde la familia y el sistema educativo.

5.- Estado del Bienestar versus Sociedad del Bienestar

Finalmente merece la pena valorar el debate que en la actualidad se ha planteado como confrontación entre Estado del Bienestar y Sociedad del Bienestar estableciendo entre ambos una contradicción que no se corresponde con la realidad de las Políticas de Bienestar que surgen desde el correspondiente *pacto social entre Estado-Sociedad*.

Quienes plantean esta confrontación apuntando hacia la superación del Estado del Bienestar y su sustitución por la Sociedad del Bienestar, han de tener en cuenta que es precisamente la demanda social de Bienestar quien impulsa a los Estados a asumir funciones de Bienestar, y que es el Pacto Social en la corresponsabilidad entre Estado y Sociedad ante las necesidades sociales quien equilibra la relación de esa balanza.

Por tanto el problema que se plantea no se corresponde con los procesos democráticos, en los que se sustenta la convivencia social y sobre los que se fundamenta el pacto originario del que surgió el Estado de Bienestar, más bien, la tensión entre Estado y Sociedad surge como derivación del paternalismo social que ha burocratizado el desarrollo de las políticas del Bienestar, y cuya superación se logra mediante políticas de participación y cooperación social. Una de las conclusiones de la sesión del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas de Junio de 1993 señala que los ciudadanos y los grupos sociales, «no solamente constituyen una parte importante para promover el desarrollo social y construir una sociedad civil mediante un proceso participativo, sino que pasan a formar parte de la solución de problemas colectivos que son cada día más complejos, aproximándoseles, cada vez más a la toma de decisiones».

Por tanto la tensión creada al respecto no se resuelve desde la antítesis Estado-Sociedad sino más bien de la responsabilidad social e institucional de superar definitivamente el paternalismo social y recomponer un nuevo pacto social que afronte los retos teniendo en cuenta las perspectivas de los nuevos movimientos sociales y en especial del movimiento por los derechos de la mujer que conlleva la superación del modelo de sociedad basado en la ruptura público-privado.

Así pues, plantearse la reducción del Estado del Bienestar como pretexto para incrementar la Sociedad del Bienestar, supone desde la realidad española, apostar por el desmantelamiento de los logros sociales alcanzados a lo largo de las décadas de los 80 y 90 máxime teniendo en cuenta que nuestro país hace sólo 15 años que comenzó a construir el Estado de Bienestar y todavía no ha logrado su implantación ni su equiparación con la media alcanzada en los países que constituyen la Comunidad Europea.

Estas serían, entre otras, cuestiones sobre las que hay que reflexionar para hacer que el Bienestar Social y en especial el sistema de servicios sociales se enfrenten a las críticas y retos que sobre todo se desarrollan en épocas de crisis, las cuales afectan de forma muy significativa al Sistema Público de Servicios Sociales, por ser este el más joven de los sistemas de protección social y por tanto el más gravemente afectado por la crisis ya que no ha contado con tiempo suficiente para lograr su desarrollo autónomo.

Así pues, la importancia de velar y cuidar para que el sistema de Servicios Sociales pueda desarrollarse y enfrentarse acertadamente a los retos que la crisis plantea, corresponde tanto a la acción política, como a la acción profesional y ciudadana.

La década de los 80 ha servido para crear el marco legislativo y organizativo del Bienestar Social y del Sistema Público de Servicios Sociales; se han puesto los pilares de futuro. El desarrollo del Sistema de Servicios Sociales y su consolidación dependerá en gran parte de la conciencia política, profesional y ciudadana, de su decidida voluntad en la construcción del proyecto y de su capacidad para afrontar los retos que se le presentan. Para todos es obvio que transformar cuatro siglos de historia de la Acción Social, de la Beneficencia Pública al Bienestar Social, no es tarea de una ni de dos décadas. Si bien la década de los 80 implantó los sistemas de protección social en España, la década de los 90 deberá culminar la construcción de ese gran edificio de solidaridad social que es el Bienestar Social y de ese pilar fundamental que lo ha de reforzar, que es el Sistema de Servicios Sociales. De cómo se afronten los retos, dependerá el futuro.

Bibliografía

- Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas: *Progreso y desarrollo en lo social*. Oficina de Publicaciones de Naciones Unidas, 1969.
- LAS HERAS, M.P. Y CORTAJANERA, E.: *Introducción al bienestar social*. Ed. Siglo XXI, 1978.
- VARIOS AUTORES: *Cambio social y Servicios Sociales*, Colección Acción Social. Servicio de Publicaciones del PSOE, 1980.
- «Informes de Gestión de la Dirección General de Acción Social desde 1982», Revista *Cuadernos de Acción Social*, números 0 y 14. Servicio de Publicaciones de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Asuntos Sociales respectivamente.
- «El Sistema Público de Servicios Sociales Municipales. Contenidos y criterios de actuación», *IV Jornadas de Servicios Sociales Municipales*. Servicio de Publicaciones del PSOE, 1988.
- Los Servicios Sociales a debate. Programa 2000 del PSOE*. Servicio de Publicaciones PSOE, 1987.
- Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Asuntos Sociales, 1989.
- Servicios Sociales. Leyes Autonómicas*. Ministerio de Asuntos Sociales. Centro de Publicaciones, 1989.
- Políticas de bienestar social en Europa*. Colección de Bienestar Social, núm. 4. Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología, 1990.
- GARCIA G. y RAMÍREZ NAVARRO, J.M.: *Los nuevos Servicios Sociales*. Biblioteca de Servicios Sociales, serie Servicios Sociales. Librería Certeza, 1992.
- M^a PATROCINIO LAS HERAS.: «¿Qué es el Sistema de Servicios Sociales?». Artículo de la revista *Exodo*, núm. 18, 1993.
- Propuesta para un Pacto Local en materia de Servicios Sociales*. Documento aprobado por la Asamblea de la Federación de Municipios y Provincias, 1993.
- Ponencias y Conclusiones del I Congreso Nacional Sobre el «Sistema Público de Servicios Sociales en la Administración Local»*. La Coruña, 24, 26 de marzo de 1994.
- Documentación sobre «Programas Europeos de Lucha contra la Pobreza»*. Documentación del Servicio de Publicaciones del Ministerio de Asuntos Sociales y de la Dirección General de Empleo, Educación y Asuntos Sociales de la Comunidad Europea (1982-1994).
- Documentación sobre «Planes Integrales»*: Plan de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, Plan Gerontológico, Plan Integral de la Juventud... Publicaciones, documentos e informes del Ministerio de Asuntos Sociales (1988 a 1994).

DIVERSIDAD DE POLITICAS EN MATERIA DE COHESION SOCIAL

No hace falta analizar profundamente la sociedad actual para poder darnos cuenta que las grandes problemáticas que antaño nos azotaban siguen siendo hoy un tema de candente importancia. Sin embargo, la realidad más inmediata nos evidencia que todo el entramado social evoluciona con enorme rapidez, y con ello aparecen nuevas problemáticas a las que el ser humano debe hacer frente día a día. En este artículo se va a hablar de diversas situaciones conflictivas que pueden llevar al individuo a adoptar conductas desviadas o, incluso, a sumergirse en la más pura marginalidad social.

1. Pobreza y exclusión social.

1.1. Introducción.

El problema de la definición del concepto de «pobreza» ha sido objeto de amplios debates. Dos aproximaciones a esta problemática resultan hoy posibles:

a) *Pobreza absoluta*, lo cual equivale a decir carecer de mínimos vitales o biológicos.

b) *Pobreza relativa*, configurada en términos de desigualdad social e imposibilidad de acceder a determinados bienes.

De forma oficial, la actual Unión Europea (antigua CEE) considera como pobres a aquellas personas que tienen unos ingresos inferiores al 50% de la renta media de un determinado país. Sin embargo, muchos son los que opinan que dicha definición es un tanto vaga e imprecisa por cuanto que no analiza dicho aspecto en términos estructurales.

Todos conocemos situaciones de pobreza y/o marginalidad inespecíficas que afectan a colectivos con base territorial (pensemos en zonas como los suburbios del sur de Madrid o el barrio chino barcelonés). En tales zonas se registra una alta densidad de casos individuales o familiares en situaciones precarias, pero además el propio medio físico y social es carencial. Uno de los aspectos más preocupantes de la situación de crisis económica por la que ha pasado la economía española en la segunda mitad de la década de los 70 y primera de los 80 ha sido no sólo el elevado volumen de parados

que la sociedad ha tenido que soportar sino la prolongada permanencia de dichas personas en esa situación. Este hecho parece aliviarse con la recuperación del empleo iniciada en 1985, pero no lo suficiente ya que de hecho, hoy es un tema de grandísima transcendencia, provocando incluso que el Poder Ejecutivo español se tambaleara.

Todos los estudiosos de la materia coinciden en afirmar que existen múltiples causas que propicien la aparición de dicho fenómeno. Entre ellas, suelen enumerar las siguientes:

- El paro.
- Desagregación de la unidad familiar.
- El desequilibrio de la pirámide poblacional.
- El retorno de emigrantes al país de origen.
- La drogadicción.
- La educación y formación deficitarias.

1. 2. Nuevos tipos de pobreza

Es importante destacar que la crisis de las economías occidentales ha provocado la aparición de «nuevos tipos de pobreza», afianzándose en determinados colectivos y/o situaciones:

a) Jóvenes en situación de paro residual.

Se trata de jóvenes en disposición de emplearse y sin posibilidad objetiva de hacerlo. Este es, por cierto, un supuesto frecuente en el tiempo presente como consecuencia de la crisis económica. Ello da lugar a conocidos riesgos de conducta desviada, según la terminología convencional, y a una dependencia económica de las figuras paternas que se prolonga más de lo conveniente. Muchos de estos jóvenes cuentan con una buena preparación profesional y, aunque en teoría tienen menos dificultades para encontrar un puesto de trabajo, se encuentran en una situación de desempleo. La

situación se agrava más aún, si cabe, en aquellos supuestos en donde se ha permanecido varios años fuera del mercado laboral o lo han hecho de forma precaria (economía sumergida) o eventual.

b) Trabajadores adultos en situación de paro de larga duración.

En este caso se puede destacar una serie de características si se toma como punto de referencia la distribución por edades:

– Los parados sin experiencia laboral son mucho más jóvenes (edad media aproximada a los 20 años) que los desempleados con experiencia laboral (cuya edad media se sitúa entre los 35 y 40 años en el caso de los hombres; siendo en las mujeres, ligeramente inferior).

– Existe una mayor polarización en el caso de los varones que en el de las mujeres, en lo que a la distribución por edades se refiere.

– La edad media tiende a crecer con la duración del desempleo. En términos generales, se trata de trabajadores que fueron expulsados del mercado laboral a los 40 o 50 años y que presentan una gran dificultad para reciclarse en nuevas profesiones y oficios, lo cual trae como consecuencia que sus posibilidades para encontrar un puesto dentro del mercado laboral se reduzcan considerablemente.

c) Familias monoparentales.

En el área de familia y menores se registra una gama muy amplia de carencias y demandas. La familia es la unidad básica de integración social con funciones importantísimas y, consiguientemente, con riesgos igualmente importantes. En esta línea, se puede situar al colectivo de las familias monoparentales (divorciados, separados, viudos, etc...) en situación de paro o discriminación social.

d) Colectivos de marginación tradicional.

En este sentido se habla de aquellos núcleos o sectores de población atrapados en el círculo vicioso de la pobreza y exclusión social: población gitana, prostitutas, ex-presos, minusválidos...

1.3.- Política Social Europea en materia de pobreza y exclusión social.

Tras la crisis de 1973 se desarrollaron en Europa tres importantes fenómenos:

- Aumento del paro.
- Mecanización laboral.
- Descentralización de las estructuras laborales.

Todo ello trae como consecuencia que se produzca un recrudecimiento de la situación que estaban viviendo las personas que se podían calificar como «pobres». Ante esto, los sistemas de protección social se manifiestan como parcialmente incapaces de paliar dicho problema.

En el ámbito europeo surgen entonces dos alternativas o medidas de política social para poder hacer frente a toda esta situación:

- Subsidio mínimo sustitutorio: nivel mínimo de seguridad.
- Subsidio mínimo complementario: pretende superar las deficiencias del sistema de protección social de cada país.

En el marco europeo, las políticas de mínimos garantizados han ido evolucionando y actualmente sus objetivos son:

1. Garantizar ingresos mínimos a la población sin recursos o con recursos insuficientes. Este objetivo es el eje central de las políticas tradicionales.

2. Favorecer la inserción de los beneficiarios. Las modernas políticas se han ca-

racterizado sobre todo por el énfasis puesto en esta segunda dimensión.

En este mismo contexto, la «Renta Mínima Garantizada» se ha constituido como una medida concreta de un programa asistencial de lucha contra la pobreza implantada en muchos de los países comunitarios. Sus características son, entre otras, las siguientes:

1. Programa complementario de protección de la Seguridad Social.
2. Prestaciones reconocidas como un derecho, pero con algunas peculiaridades:
 - Sujetas a la demostración de necesidad.
 - Sometimiento a un control social sobre la prestación.
 - Inclusión de mecanismos de pérdida de la prestación por el uso inadecuado de la ayuda.
3. Subsidios complementarios que elevan los ingresos de las personas a un mínimo establecido.
4. Prestaciones universales: todos aquellos que se encuentren por debajo de un mínimo establecido tienen derecho a ellos.
5. Las prestaciones son ilimitadas en el tiempo; únicamente dependen de que la situación que ha motivado su adjudicación se mantenga durante dicho tiempo.

1.4.- Programas de actuación a nivel europeo.

Desde 1970, en Europa se están llevando a cabo una serie de programas de investigación y de intervención en el campo social. Estos se han desarrollado en tres etapas básicas:

1. I Programa Europeo de Lucha contra la Pobreza (POBREZA I).

Se desarrolló a partir de 1975, con el fin de extraer conocimientos concretos de la situación para los estados miembros de la Unión Europea. Pretendía poner en marcha proyectos de acción-piloto a través de diversas investigaciones. Este primer programa terminó en 1988 y se llegó a las siguientes conclusiones:

- La pobreza es fruto de la recesión económica y del propio desarrollo.
- La pobreza es un fenómeno multidimensional y acumulativo.
- Se recomienda realizar un nuevo programa.

2. II Programa Europeo de Lucha contra la Pobreza (POBREZA II):

Este programa fue aprobado el 19 de Diciembre de 1984 y duró hasta Noviembre de 1989. Se formularon como objetivo «el hacer más eficaz la lucha contra la pobreza y establecer acciones concretas para ayudar a personas necesitadas, así como para hallar los medios que la combaten».

3. III Programa Europeo de Lucha contra la Pobreza (POBREZA III):

Este programa ha sido aprobado en Julio de 1989 y se prevé que dure hasta 1994. Se formularon los siguientes objetivos:

- Garantizar la coherencia de todas las medidas.
- Contribuir a la elaboración de medidas preventivas y de ayuda para atender las necesidades originadas por situaciones de extrema pobreza.
- Producir modelos de integración de las personas económica y socialmente menos favorecidas.
- Realizar una labor de información, coordinación, evaluación e intercambio de experiencias a escala comunitaria.

- Proseguir el estudio de las características de las categorías de las personas menos favorecidas.

1.5.- Evaluación del impacto de las políticas sociales comunitarias.

La realidad social más inmediata ha constatado el fracaso de las políticas sociales de la Unión Europea y de sus estados para acabar con la pobreza. Las últimas investigaciones publicadas han demostrado que el fenómeno de la pobreza ha aumentado. Los recortes de las medidas de protección social, el raquitismo del mercado de trabajo y las transformaciones de la estructura familiar son citados como las causas directas de este empobrecimiento progresivo de los colectivos menos favorecidos socialmente.

Ahora bien, lo primero que hay que señalar es que muchas de las decisiones que se toman en el seno de la Unión Europea provocan también la exclusión y empobrecen a los ciudadanos. Sus decisiones de política financiera, monetaria, laboral y comercial, afectan en muchos casos negativamente a las condiciones de vida y de trabajo de la población europea.

Desde el punto de vista de la Unión Europea, las políticas o medidas que se adoptaron eran la declaración de los derechos sociales, las rentas mínimas, la armonización de la protección social y la articulación entre los Fondos Estructurales y los Planes Experimentales. Sin embargo, la puesta en práctica de estas medidas en los distintos países posee grandes divergencias y acentúa, en numerosas ocasiones, la exclusión social y, por ende, la marginación. Cabría decir que la existencia o inexistencia de dispositivos públicos centrales de lucha contra la pobreza en los distintos países en donde ésta es ampliamente admitida incluso por parte de los gobiernos, ello no se traduce necesariamente en una posición favorable

para el Programa Europeo. Lógicamente el impacto que ha tenido la lucha contra la pobreza ha dependido considerablemente de la heterogeneidad de posiciones y de otras variables que no es posible detallar.

2. Drogodependencias.

2.1.- Introducción

Cuando se habla de droga se está aludiendo a toda aquella sustancia con capacidad para producir dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia. Para poder hablar de drogodependientes tiene que existir además un cierto tiempo y frecuencia de uso, que a largo plazo producirá un deterioro progresivo tanto en el plano psíquico como físico.

Cada tipo de sustancia psicoactiva tiene sus propias características, efectos y consecuencias. No se trata aquí tanto de detallarlas, ya que en cualquier manual de medicina que verse sobre la materia se puede encontrar dicha información, como de explicar los distintos recursos que existen y las políticas que los gobiernos han adoptado para poder enfrentar lo que algunos ya han denominado como «una de las plagas del último cuarto del siglo XX».

2.2.- Tipología de recursos y dispositivos.

A) Recursos generales

Los recursos generales son aquellos que realizan intervenciones o prestan servicios a toda la población y, que además, atienden o pueden atender a toxicómanos, bien de forma específica en su proceso terapéutico, bien como un ciudadano más demandante de estos servicios en relación a los problemas sociales o de salud que un drogodependiente puede padecer en un momento determinado.

1. La *red sanitaria*: incluye la atención primaria y algún aspecto propio de los centros especializados. Su nivel de implicación, salvo en algunos servicios de urgencias hospitalarias, es muy bajo.

2. La *red de salud mental*, se ha implicado en aquellas Comunidades Autónomas en las que el Plan Autonómico sobre Drogas (PASD) se ha vinculado de forma más o menos específica a la misma.

3. La *red de Servicios Sociales* (de las Comunidades Autónomas, de las Diputaciones Provinciales y de los Ayuntamientos) en las que aparecen tanto las intervenciones estrictamente «sociales» como las de carácter más asistencial.

En este sentido los Servicios Sociales de Base tienen las siguientes competencias/funciones:

- Seguimiento y apoyo al enfermo en colaboración con el equipo terapéutico.
- Conocimiento del ámbito familiar del enfermo.
- Sensibilización de la familia y la sociedad hacia la aceptación del afectado.

4. La *red educativa*, considerada como básica en la realización de programas de prevención.

5. Otras *redes complementarias* situadas a diversos niveles de las administraciones y entre las que se pueden destacar:

- Los Organismos de Juventud.
- Los Centros de Información de la Juventud.
- Los Programas del Fondo Social Europeo.
- Los Programas del Instituto Nacional de Empleo.
- Los Programas de Menores.
- Los Programas de Instituciones Penitenciarias.

B) Recursos especiales

Por recursos especializados se entienden aquellos que se dedican exclusivamente a la atención, asistencia o inserción social de drogodependientes. Entre los recursos especializados más usuales se deben destacar:

1. *Servicios de Información*, cuya tarea fundamental se basa en el asesoramiento.

2. *Centros Ambulatorios de Asistencia*, que desempeñan tareas de orientación, evaluación y deshabituación y cooperan en la reintegración social.

3. *Centros de Atención al Drogodependiente y Dispensarios Antialcohólicos*, ambos de carácter ambulatorio que se utilizan además como Centros de Acogida e Información.

4. *Centros de Día*, destinados a la asistencia y la rehabilitación de toxicómanos en régimen de internamiento.

5. *Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes*, en régimen de internamiento y centradas en el campo rehabilitador.

6. *Residencias alternativas*. Se trata de pisos en los que, con carácter transitorio, se proporciona al toxicómano en proceso de inserción social una vivienda que apoye su integración.

7. *Grupos de autoayudas*, integrados por ex-drogadictos, familiares y voluntarios. Sirven de apoyo a la asistencia y sobre todo a la reinserción social.

8. Otros recursos pueden adquirir el carácter de especializados, tanto por su dependencia, por ejemplo centros de día, talleres de inserción e incluso los Programas de Mantenimiento con Metadona cuando se realizan en espacios independientes.

En este sentido, los Servicios Sociales Especializados tienen competencias en el tema;

- Trabajar en estrecha comunicación con los Servicios Sociales de Base.

- Dar apoyo al afectado desde los centros específicos.

- Facilitar información y asesoramiento a los Servicios Sociales de Base con el fin de alcanzar una más rápida inserción de la persona afectada.

De todo esto se deduce que es indispensable una política de trabajo en común adecuada de cara al toxicómano que considera que la prevención, tratamiento y reinserción no pueden desligarse del trabajo con su núcleo natural, teniendo en cuenta el contexto social que lo provoca.

2.3.- Medidas de política social

La respuesta pública a los problemas ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas se fundamenta en el Plan Nacional sobre Drogas, que configura una serie de mecanismos específicos, al tiempo que coordina una serie de estructuras generales de la Administración Central, de las Comunidades Autónomas, de los Municipios y de la propia iniciativa social.

El Plan Nacional sobre Drogas

El Plan Nacional sobre Drogas, aparte de sus funciones de coordinación, realiza con carácter prioritario las siguientes intervenciones:

- Control de tráfico de drogas ilegales.
- Cooperación y coordinación internacional.
- Prevención.
- Asistencia y reinserción social.
- Investigación.
- Fomento de la participación.

En cuanto a las actuaciones reales hay que señalar una buena implantación de las referidas a control del tráfico de drogas ilegales y a asistencia y reinserción social, mientras la prevención apenas ha iniciado su puesta en marcha.

Los Planes Autonómicos sobre Drogas

Los Planes Autonómicos sobre Drogas (PRSD) son las estructuras institucionales de coordinación de las diversas intervenciones en prevención, asistencia y reinserción realizadas por las Comunidades Autónomas en el uso de sus competencias. En todo caso se debe señalar la existencia de unas figuras de referencia, similares en cada una de ellas:

a) Consejero o figura política similar que representa a su Comunidad Autónoma en la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas.

b) Coordinador del Plan Autonómico sobre Drogas, el cual dispone de un órgano técnico, equivalente a nivel de las Comunidades Autónomas a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Los Planes Municipales de Drogas

Muy pocos municipios se han dotado de un Plan Municipal sobre Drogas (PMSD), disponiendo de este instrumento sólo los más grandes y/o los más sensibilizados, siendo la baja participación de los municipios uno de los principales déficits del Plan Nacional sobre Drogas.

Un Plan Municipal no consiste en disponer de más o menos recursos, sino de ordenar y coordinar las competencias municipales en la materia.

Las Organizaciones no Gubernamentales (ONGS)

Las Organizaciones no Gubernamentales constituyen un extenso entramado a par-

tir del que la sociedad expresa sus demandas y articula sus respuestas en relación al tema de drogas. Los tipos más comunes de las ONGS son:

- Asociación de afectados.
- Entidades privadas dedicadas al desarrollo de programas de prevención, atención o reinserción.
- Organizaciones de tipo general.
- Otras organizaciones.

3.- Tercera Edad.

3.1.- Introducción

Uno de los hechos más constatados de nuestra realidad social es el paulatino envejecimiento de la población mundial, el cual se ve más acrecentado, si cabe, en la sociedad occidental. Los sociólogos y otros muchos estudiosos en la materia ven esto como uno de los grandes problemas de nuestro siglo por cuanto que puede ser fuente de conflicto y mermar la calidad de vida del «mundo desarrollado».

Nuestros mayores no paran de decirnos que el tiempo no perdona y, al menos, eso es lo que parece recordarnos el cuerpo a medida de que los años se suceden, cuando los achaques y las molestias se convierten en un rasgo más de nuestra madurez. Sin embargo, la época en que uno es más propenso a padecer cualquier enfermedad es también el momento en que se dispone de más tiempo para dedicarlo a conocer en profundidad y a cuidar el propio cuerpo. La ventaja con la que juega una persona mayor es la experiencia, la cual le capacita para prevenir los hechos desagradables.

3.2.- La realidad social de los gerontos españoles

Los ancianos, al igual que los menores, son especialmente vulnerables. Aquéllos,

como éstos, reciben protección fundamentalmente en el ámbito familiar y aún en el comunitario. Sin embargo, en las sociedades modernizadas este soporte o coyuntura resulta manifiestamente insuficiente. En lo que atañe a los gerontos cabe señalar dos factores principales de este hecho:

- En primer lugar, se ha producido una progresiva reducción de la capacidad funcional de la familia.

- Por otro lado, el número de ancianos ha aumentado considerablemente.

El resultado de todo esto es una creciente demanda de protección social diferente a la familiar o comunitaria. La sociedad occidental está respondiendo a dicha demanda mediante el perfeccionamiento de las prestaciones económicas y por la ampliación de los servicios sociales, aparte de los sanitarios.

Tanto por criterios económicos como técnicos se recomienda la permanencia de los ancianos en su hogar y en su medio. Las carencias económicas deben ser cubiertas con medios económicos, no mediante el internamiento. Las carencias funcionales, al menos hasta cierto grado, conviene que sean cubiertas por ayudas domiciliarias (arreglo del hogar, comida sobre ruedas, cuidados personales, etc...), así como centros asistenciales de día.

Cuando los servicios sociales de día se ven desbordados, aún cabe ensayar soluciones alternativas del internamiento. Nos referimos al acogimiento en unidades familiares y a la reinstalación en hogares residenciales para un pequeño número de ancianos. En ciertos casos la dependencia y la demanda de cuidados personales y aún sanitarios es tan grande que resulta obligatorio el internamiento. Es el supuesto típico de las llamadas residencias de tamaño me-

dio o grande para ancianos válidos que, por cierto, abundan relativamente en España. Estas residencias tienen un evidente atractivo tanto para los usuarios como para las familias que se descargan de ellos, pero resultan caras y segregantes.

Otros tipos de intervenciones que pueden convenir tanto para los ancianos protegidos (o asistidos) como para los autónomos (o válidos): el esparcimiento, la cultura, la convivencia.

En relación a estas funciones han surgido y vienen surgiendo fórmulas tales como las aulas para la tercera edad, los programas de vacaciones en épocas de temporada baja, los clubes, etc... Por cierto, que este tipo de actividades y servicios son tan apreciados por los ancianos como por muy variados entes promotores. Estos encuentran aquí un frente de acción relativamente sencillo y generalmente muy gratificante. En la sociedad occidental, la llamada tercera edad aporta mucha humanidad que comunicar y transmitir, muchos votos, cartillas de ahorro y pensiones y, en consecuencia, un gran peso para la Seguridad Social.

3.3.- El conflicto intergeneracional por la distribución de los recursos

En numerosas ocasiones se dice que la población pensionista, al incrementarse sobremedida como consecuencia del progresivo envejecimiento demográfico, puede llegar a gravar extraordinariamente los ingresos salariales de la población cotizante (posición conflictualista de Marshall). La solución teórica del problema, para evitar la posibilidad de que haya explotación de una cohorte por otra es la autofinanciación: que cada sector poblacional financie sus propias pensiones futuras de jubilación a partir de sus propias cotizaciones acumuladas a lo largo de su vida activa.

En definitiva, la óptica pesimista sobre el envejecimiento poblacional, supuestamente responsable del incremento de la dependencia económica, carece de bases objetivas y debe ser sustituida por otra perspectiva, si no optimista, sí, cuando menos, más realista: no hay envejecimiento demográfico sino un aumento de la longevidad poblacional. Además conviene desdramatizar los efectos del envejecimiento poblacional. Tanto más cuánto se verá ampliamente compensado por la paralela reducción de la proporción relativa de jóvenes dependientes. Sin embargo, tal y como advertía Marshall, los recursos necesarios para proteger la dependencia anciana son de otra naturaleza, no sustituible ni intercambiable y, sobre todo, de coste mucho más elevado que los precisos para proteger la dependencia juvenil.

3.4.- El conflicto intrafamiliar por la convivencia doméstica

El conflicto potencial entre adultos y ancianos no se debe sólo al problema de quién debe sufragar las pensiones de ancianidad con sus cotizaciones. Además, también se plantea otro problema relacionado acerca de quien debe atender a los gerontos, conviviendo cotidianamente con ellos. A este respecto, el cambio y la modernización de las formas y estructuras familiares parecen tender irreversiblemente hacia la creciente renuncia de los descendientes a convivir con sus ascendientes.

En todo caso, tampoco aquí conviene denunciar el egoísmo de las familias que abandonan a sus parientes más ancianos; en realidad, la mayor parte de las veces no lo hacen voluntariamente sino obligados por las circunstancias. Así, el problema no es tanto un conflicto de intereses sino un conflicto de derechos: el derecho de los ancianos a recibir atención de sus familiares en-

tra en contradicción con el derecho de las mujeres a independizarse económicamente.

Ante este planteamiento, la cuestión de la convivencia con los ancianos adquiere otra dimensión: se trata de proteger no su derecho a la dependencia de su familia sino su derecho a la independencia personal, incluyendo tanto la dependencia doméstica como la familiar.

3.5.- La intervención de las políticas sociales

El desarrollo de la protección social para la tercera edad ha tenido efectos notables sobre la integración económica de la población anciana, pero esta mejora de su situación monetaria no se ha visto acompañada de una progresión comparable de su status social. Muchas de las políticas dirigidas a los gerontos han reforzado la dependencia y la marginación social de este grupo de edad, en parte agudizadas por el problema del desempleo de jóvenes y adultos. Se debe dejar de pensar exclusivamente en políticas protectoras e introducir medidas que estimulen la solidaridad entre distintos grupos sociales y una mayor participación ciudadana en aquellos asuntos que les afectan.

Ante toda esta problemática que presenta este colectivo, las respuestas gubernamentales han variado en función de los diferentes países y de los distintos ritmos y tiempos de este fenómeno. Pero, de hecho, los objetivos de las «políticas de vejez» se han ido unificando progresivamente en los países comunitarios. Estos son, entre otros, los siguientes:

- Favorecer la inserción social normal en la sociedad durante el mayor tiempo posible.
- Promover, en materia de protección social y sanitaria, las acciones de ayuda a

deportiva o de la convivencia. Estas circunstancias dan lugar a una demanda de «acciones pro accesibilidad», cuyo objeto viene a ser rehabilitar a la sociedad para hacerla capaz de cumplir sus funciones también con las personas afectadas de deficiencias. Desde otro ángulo, la «acción pro accesibilidad» tiende a prevenir la marginación por factores sociales.

Cuando no resulta posible la incorporación de la persona con discapacidad a los medios normalizados, ha de recurrirse a la «asistencia». Para tal función se arbitran los centros ocupacionales, ayuda a domicilio, residencias asistidas, etc...

4.3. El objeto de la política social

Diversos expertos en la materia vienen coincidiendo, año tras año, en la necesidad de elaborar un «censo de minusválidos» como referencia previa de una correcta política social. Tan cargada atmósfera de opinión no llegó a destilar una lluvia censal generalizada, pero sí dio lugar a un régimen de chubascos estadísticos estimables. En este sentido, puede servir como ejemplo de ello el «Censo de Subnormales» resultante del registro de censos protegidos por los Servicios Sociales de Asistencia a Subnormales, creado por el Real Decreto 2421/1968, de 20 de Septiembre.

Se debe tener en cuenta, no obstante, que esta masa de información tiene una utilidad muy limitada para la práctica, en cuanto que ni las deficiencias, ni las discapacidades, ni las minusvalías, ni los sujetos de las mismas presentan posibilidades o demandas de actuación homogéneas. En la perspectiva de planificación o simple previsión hay que desarrollar estudios «ad hoc».

El núcleo de la política social española relativa al complejo objeto que se acaba de atisbar está constituido por la Ley 13/1982, de 7 de Abril, de integración social de los

minusválidos (LISMI). Por lo que concierne a su carácter jurídico-político, procede destacar estas dos notas:

– La Ley 13/1982 atribuye a los poderes públicos las responsabilidades básicas en la provisión de los servicios que regula (art. 3).

– Su ámbito de protección alcanza a todos los ciudadanos (art. 7).

Se trata, en rigor, de la primera norma social derivada de la Constitución de 1978 que sintoniza con el espíritu del artículo 41 de la misma, el cual garantiza una Seguridad Social pública para todos los ciudadanos.

En el orden técnico se está ante una ley muy abarcadora, que desborda claramente el frente sanitario y el de servicios sociales personales, extendiéndose a todos los que inciden en la calidad de vida.

Junto al desarrollo y aplicación de la LISMI, se ha de hablar de las modificaciones de que fueron objeto sus preceptos relativos a la garantía de ingresos mínimos y a la ayuda por tercera persona, mediante la todavía reciente Ley 26/1990, de 20 de Diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas.

La citada ley de prestaciones no contributivas ha cambiado el cuadro de lo que suele llamarse la protección social de las situaciones de discapacidad, afectando especialmente a los subsidios mencionados.

La Ley 26/1990 deroga las normas reguladoras de la aportación económica del Servicio Social de Asistencia a Subnormales, mencionado al exponer la situación anterior. Aparte de otras, establece la incompatibilidad de la prestación de invalidez que se crea con la pensión del FONAS. En lo que atañe a la Ley 13/1982, la nueva ley suprime los subsidios de garantía de ingresos y por ayuda a tercera persona, mencionados anteriormente.

En cuanto a lo que la Ley de prestaciones no contributivas aporta, parece obligado comenzar por la inclusión en el ámbito de la Seguridad Social de las prestaciones que crea y de sus beneficiarios de pensiones. Esto significa que quienes accedan a tales prestaciones adquieren, simultáneamente, el derecho a la protección sanitaria y de Servicios Sociales dependientes de la Seguridad Social. Se trata, pues, de una aportación neta de la nueva norma legislativa, creando beneficiarios con idénticos derechos a los del nivel contributivo.

La principal figura protectora regulada por la Ley 26/1990 es la «Pensión de Invalidez en su modalidad no contributiva». Dicho precepto legal establece también una nueva regulación de las prestaciones familiares por hijos menores de 18 años o afectados por algún tipo de minusvalía; alcanza tanto a la Seguridad Social contributiva preexistente como a la no contributiva, de reciente creación.

4.4.- Impacto de las Políticas Sociales de la Unión Europea para personas con minusvalía

Los organismos internacionales han jugado un importante papel en la explanación de teorías, a mi modo de ver, interesantes y también en la adopción de doctrinas y en la proposición de políticas también muy importantes. La Oficina Internacional del Trabajo, desde el año 1952 con su famoso Convenio 102; la Organización Mundial de la Salud, con la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías; Rehabilitación Internacional, una entidad no gubernamental, con su Carta para los Años 80; Naciones Unidas, con su Programa Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, han producido esquemas de ideas, tanto para la interpretación de los hechos como para la intervención sobre

ellos, como para la acción, interesantes, acertadas, muy productivas.

En esta comparación-relación parece que la hoy Unión Europea apenas ha producido nada que merezca la pena, que sea citable, que pese en este momento en el concierto científico, e incluso, en el concierto ideológico.

La Unión Europea tiene un cierto poder, de modo que le cabe el riesgo de sentirse excusada de tener ideas. Puede sentir la tentación de limitarse a adoptar decisiones, establecer derechos. Pero, en esta faceta de establecimiento de derechos, la Unión Europea no ha dado, por lo que se refiere a las discapacidades, ningún paso de relieve. La Unión Europea afrontó desde el principio la discapacidad ligada al trabajador con expectativas o con vocación de reintegrarse, de reinserirse, es decir, abordó la discapacidad con una faceta muy particular, parcial, que es esta de la reinserción laboral. Más en esta faceta no llegó a promover disposiciones que regularan derechos de entidad.

La Unión Europea no ha tenido hasta el momento la virtualidad de otros organismos internacionales para la producción de teoría, o de doctrina política, ni tampoco para el establecimiento de derechos, de obligaciones jurídicas de interés para diversos objetivos relacionados con la prevención, la rehabilitación, la inserción de personas con discapacidad en el medio social.

En cuanto a la rehabilitación propiamente dicha me referiré, en primer lugar, a la estrategia consistente en dar prioridad a las medidas rehabilitadoras sobre las prestaciones económicas. Es obvio que este enfoque se ha tornado problemático en tiempos de escasez de empleo, de modo que resulta oportuno evocar las nuevas corrientes de pensamiento rehabilitador que relativizan la tradicional referencia laboral.

Con ocasión del Congreso de Rehabilitación Internacional, de Junio del año 1980, que tuvo lugar en Winnipeg, Canadá, se dio a conocer un movimiento de personas con discapacidad que propugnaba el ideal de la «independent living». Se trata de una manifestación particular de la ideología general de desinstitucionalización que, paulatinamente, va cobrando algún espacio. En lo que concierne a la rehabilitación, el movimiento pro vida autónoma obliga a desbordar los enfoques tradicionales, que en el mejor de los casos se centraban en ciertos trabajos y algunas actividades comunes, para plantearse en relación con el supuesto de un desenvolvimiento personal y social pleno y autocontrolado.

La aplicación de este punto de vista lleva no sólo a una dotación muy amplia de capacidades al sujeto de la rehabilitación, sino también a su aprovisionamiento de medios auxiliares potentes, como puede ser una «vivienda inteligente». Por vía de rehabilitación se puede llegar muy lejos si se cuenta con ayudas técnicas adecuadas, pero no se puede rebasar el ámbito privativo de cada sujeto. La equiparación de oportunidades ha de ocuparse del ámbito exterior que también condiciona la autonomía de la persona con discapacidad.

La Unión Europea, en base a lo anterior, ha desarrollado dos tipos de programas o iniciativas: específicas o generales.

En cuanto a los programas específicos, cabe mencionar los siguientes:

1. *Programa Helios.*

Dicha unidad de planificación tiene su primera aparición en el año 1983, aunque sin este mismo nombre. Tuvo una segunda versión que ya concluyó hace poco tiempo, y una tercera que es el Programa Helios II que ha sido presentado recientemente en Madrid por autoridades del Ministerio de

Asuntos Sociales y también por los responsables de Bruselas en esta materia. Se trata de un programa que abarcará desde 1993 a 1996.

En el marco de Helios II se quiere proseguir, intensificar y reestructurar tres vertientes interactivas:

- La cooperación técnica, mediante la puesta en marcha de acciones positivas a nivel local, centradas en las necesidades de los minusválidos.

- La información y documentación Handynet, sistema aplicado ya desde 1990 y que debe ser ampliado.

- La consulta, mediante la creación de estructuras.

Se propone profundizar la acción emprendida en favor de los minusválidos prestando una atención particular a la prevención, a las mujeres minusválidas y a las personas que se ocupan de los discapacitados, a los minusválidos de edad avanzada, a la formación de los participantes y a la sensibilización de la opinión pública en general y de los grupos destinados en particular.

Su finalidad es de fomento de la rehabilitación funcional, fomento de la integración educativa, fomento de la recuperación en la formación profesional, fomento de la integración social y de la autonomía personal.

2. *Programa Horizon.*

Su objetivo se orienta hacia la mejora de la integración de personas con grave discapacidad y también de personas en situación de desventaja social. Este programa se establece para el período 1991-1993.

El programa Horizon va orientado también a acciones de integración profesional y nuevas tecnologías, profesiones especializadas, iniciación de nuevas empresas, red de especialidades de formación profesional y supresión de barreras.

3. Programa Tide.

Se trata de una iniciativa dirigida a promover la utilización de tecnología para la integración económica y social de ancianos y de personas afectadas de cualquier tipo de minusvalía. Es un programa que pretende estimular la producción de ayudas técnicas. Se trata de artilugios usables por personas con discapacidad y también ancianos afectados de discapacidades, en orden a la vida de trabajo y control del entorno.

Aparte de programas específicos, existen otros de carácter general, pero que también inciden en las personas con discapacidad. Por ejemplo, el Fondo Social Europeo. La Unión Europea ha abierto un abanico muy amplio de iniciativas en las cuales hay posibilidad de colaborar, mediante las cuales hay probabilidad de estimular, de incitar.

Un efecto supuestamente positivo consiste en que mediante todos estos programas, aparte de que los expertos, los profesionales, los funcionarios y los políticos hablen de discapacidad, de rehabilitación, de ayudas técnicas y de otras cosas por el estilo, también se tratan entre ellos. Y se aprecia un alto grado de satisfacción entre toda la gente que está enrolada en estos programas transnacionales y que participa en todos estos temas.

La doctrina del desinternamiento/vida independiente propicia la reducción al mínimo de las situaciones de asistencia residencial, así como la adopción de fórmulas personalizantes para la misma (acogimiento, hogares, etc...). El objetivo de equiparación de oportunidades invita a abrir los sistemas generales de prestaciones económicas, para poder cerrar los programas de subsidios específicos, inevitablemente corporativizantes.

5.- Síntesis y conclusiones

Tal y como se puede observar en el cuadro que se adjunta en este apartado, en la sociedad actual existen unas graves y complejas problemáticas que, en ocasiones, origina un acentuado conflicto social entre quienes las padecen y el resto de la sociedad (a la que afecta indirectamente).

En el presente artículo, se habla detalladamente de cuatro áreas o sectores que, por sus características, se constituyen en unas graves problemáticas para la sociedad: pobreza y exclusión social, drogadicción, minusvalías y tercera edad. Esto no quiere decir que a ellos se limite (aunque de por sí ya sería bastante grave) la problemática o conflicto social existente en nuestros días. En numerosas ocasiones las ya mencionadas áreas conflictivas suelen estar íntimamente interrelacionadas lo cual dificulta aún más, si cabe, una posible intervención sobre ellas. Sin embargo, esto no quiere decir que no se pueda o no se deba adoptar diversas medidas de lucha contra tales situaciones. ¡Al contrario!. Los gobiernos europeos, conforme pasa el tiempo, se van dando cuenta de lo importante que es adoptar medidas de protección social que aunen, simultáneamente, la prevención y la asistencia.

Esto es considerado por muchos como «un arma de doble filo» por cuanto que aunque supone un importante intento de progreso y avance social, también es utilizado frecuentemente como un instrumento de manipulación política, una manera cómoda y fácil de captar nuevos votantes y de asegurar el electorado ya existente.

Sin embargo, no por ello los ciudadanos europeos y, por ende, los españoles, van a desconfiar continuadamente de las medidas adoptadas por los distintos ejecutivos o, incluso, desde diversas entidades privadas sin

fin de lucro. Los avances experimentados en este sentido han sido considerables y, para comprobarlo, no hay más que remitirse a la realidad social más inmediata. El progreso social que se ha producido en estos últimos años ha sido realmente importante; pero, paralelamente, a la evolución experimentada han surgido nuevas problemáticas (y no por ello menos graves que las anteriores) y las ya existentes, se han visto modificadas y adoptaron nuevas características. Todo ello requiere una continuada redefinición y reactualización de las medidas de protección en consonancia con el vertiginoso cambio social.

Las diversas políticas sociales adoptadas, independientemente, por cada país y, globalmente, por la hoy Unión Europea, a pesar de su importancia «se quedan cortas» ante la enorme magnitud de los acontecimientos vitales. Ello se agrava aún más si se tiene en cuenta que en numerosas ocasiones se está ante unas amplísimas exposiciones teóricas, un largo listado de buenas intenciones que poseen una limitada aplicación práctica. Este es el error más común con el que uno puede encontrarse. De repente, el entorno social más próximo al ciudadano se encarga de demostrar cruelmente que no basta tener buenas intenciones ni elaborar un extenso discurso teórico basado en palabras carentes de significado y contenido.

Ante lo complejo de la realidad social, es importante plantear y adoptar medidas de actuación-intervención desde distintos módulos o posiciones: Administración Central, Autonómica y Local, Organizaciones no Gubernamentales (ONGS), entidades de iniciativa social, etc... Una vez expuestas las distintas iniciativas surge entonces un tema de candente importancia: la coordinación entre los distintos organismos o entidades. Es evidente que no se trata de producir un

«cansancio de la población receptora de dichas medidas» sino, más bien el contrario. Se debe intentar conseguir una política social más compleja y que considere todos los puntos de vista. De este modo, podremos enfrentarnos a la realidad social con una mayor preparación, asegurando, simultáneamente, el éxito de la intervención que se pretenda realizar. Para ello, y cada vez más, los distintos técnicos o profesionales de lo social intentan movilizar a los ciudadanos para que pasen del nivel de ser unos meros receptores a ser participantes e integrantes activos de las políticas sociales que se pretendan llevar a cabo. En este sentido, muchos profesionales opinan que con la participación ciudadana se asegura, en cierta medida, el éxito de la intervención y la viabilidad de las medidas formuladas anteriormente.

Muchos serán los que al leer estas líneas opinen que todo lo expuesto con anterioridad se mueve dentro de los márgenes de una gran utopía y que nunca dichos postulados se podrán llevar a la práctica. Sin embargo, personalmente pienso que eso es rotundamente falso. Lo que si se debe propugnar es un cambio radical de la organización de los distintos departamentos (tanto de índole pública como privada) competentes en la materia, del modo de trabajar de técnicos y profesionales (teniendo como base la coordinación permanente), y como no, de la conciencia de la población (encaminándose a participar activamente en las distintas iniciativas que se pretenden llevar a la práctica y no ser unos meros receptores pasivos de las mismas).

Todo esto supone un gran desafío tanto para los distintos gobiernos como para la sociedad en general, pero es, precisamente, ese reto el que fundamenta el progreso social y el desarrollo comunitario. La evolución o progreso de un pueblo o de una so-

ciudad, en general, no se ciñe estrictamente a un nivel económico (aunque este no se pueda obviar) sino que debe tener presente las distintas dimensiones de la vida social y en la interrelación de ambas se encontrarán los postulados básicos para garantizar el desarrollo de la humanidad.

Es, precisamente, en este sentido, en donde la sociedad debe plasmar el gran reto o desafío del progreso social, marcándose como objetivo permanente la mejora de la calidad de vida de todos los ciudadanos, no estableciendo ningún tipo de diferenciación entre los más o los menos favorecidos socialmente.

SINTESIS DEL ARTICULO

SECTOR O AREA	SU SITUACION ACTUAL	INICIATIVAS O MEDIDAS ADOPTADAS EN NUESTRO PAIS.	INICIATIVAS O MEDIDAS ADOPTADAS EN EL MARCO EUROPEO.
Pobreza y exclusión social.	<ul style="list-style-type: none"> - Permanencia de la pobreza absoluta. - Incremento de la pobreza relativa: altas tasas de paro, precaria formación,... 	<ul style="list-style-type: none"> - Subsidios por desempleo. - Rentas de integración social. - Nuevas formas de contratación: prácticas, aprendizaje, parcial,... 	<ul style="list-style-type: none"> - Subsidios encaminados a garantizar una renta mínima.. - Programas: <ul style="list-style-type: none"> - Pobreza I. - Pobreza II. - Pobreza III.
Drogo dependencias.	<ul style="list-style-type: none"> - Alta incidencia en nuestra sociedad actual. - Graves consecuencias para la sociedad: riesgo de enfermedades (Hepatitis B, SIDA, etc), conflicto social, paro, fracaso escolar, etc... 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Nacional sobre Drogas. - Planes Autonómicos sobre Drogas. - Planes Municipales de Drogas. - Recursos Generales/Específicos de índole público. - Labor desempeñada por ONGS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grandes campañas informativas.
Tercera Edad.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la esperanza de vida. - Mayor dependencia de los sist. de protección social - Gran peso sobre población activa. - Conflicto social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensiones. - Servicios Sociales. - Extensión cultural. - Animación Social. - Instauración de una nueva tipología de recursos: residencias, club es, etc... 	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciativas y programas dirigidas a lograr una mayor independencia de los ancianos.
Minusvalías.	<ul style="list-style-type: none"> - El área de las minusvalías plantea una demanda amplia y compleja. - Se actúa desde diversos campos: Servicios Sociales, sanitarios, educativos, etc... 	<ul style="list-style-type: none"> - La Ley 13/82, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI). - La Ley 26/90, de 20 de diciembre, por la que se establecen en el marco de la Seguridad Social prestaciones no contributivas. - Instauración de una nueva tipología de recursos: residencias, ayudas técnicas, centros ocupacionales, viviendas inteligentes, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa Helios. - Programa Horizon. - Programa Tide. - Medidas adoptadas desde el Fondo Social Europeo (FSE).

Bibliografía

- AA.VV. *Cohesión Social y Ciudadanía Europea*. Ed.) Fundación «La Caixa». Santiago de Compostela. 1993.
- AA.VV. *Guía para la Tercera Edad*. Ed. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, 1992.
- AA.VV. «Helios II: Personas Minusválidos». *Boletín Informativo de Servicios Sociais (BISS)*. Consellería de Traballo e Servizos Sociais, Xunta de Galicia. 1992. Nº 7/8. pp. 21.
- AA.VV. *La práctica del Trabajador Social*. Ed. Humanitas. Buenos Aires, 1986.
- CASADO, Demetrio. *Introducción a los Servicios Sociales*. Ed.) Acebo. Madrid, 1991.
- CÓRDOBA ORDÓÑEZ, Juan y GARCÍA ALVARADO, José Marí: *Geografía de la pobreza y la Desigualdad*. Ed. Síntesis. Madrid, 1991.
- MORENO, Luis y PÉREZ YRUELA, Manuel. *Política Social y Estado del Bienestar*. Ed. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, 1993.
- RUBIOL, Gloria. *Los Servicios Sociales I*. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1985.

TRABAJO SOCIAL Y MEDIO AMBIENTE

1. Introducción

Uno de los problemas más graves a los que se enfrenta la humanidad en los últimos años, y que podría amenazar incluso la propia supervivencia de la especie humana, es la progresiva degradación del medio ambiente. Las causas son múltiples, la más relevante, quizás, está relacionada con el desarrollismo económico sin límites que se ha producido en los países occidentales en las últimas décadas.

Así mismo, múltiples factores como el agotamiento de los recursos naturales, los enormes desequilibrios territoriales, la superpoblación de algunas zonas del planeta, la concentración urbana, el hambre y la desnutrición, la degradación y contaminación del medio físico (suelo, aire, agua), la crisis energética, el desastre urbanístico y ecológico de nuestras ciudades, la desertización, la deforestación y la extinción de especies animales y vegetales, entre otros, hacen cada día más patente la destrucción de nuestro entorno.

Por otra parte, los problemas ambientales, no son únicamente los que se derivan del aprovechamiento perjudicial e irracional

de los recursos naturales y los que se originan con la contaminación, sino que abarcan también problemas que emanan del subdesarrollo y de prácticas defectuosas en materia de administración y producción, y en general, todos los problemas que proceden de la pobreza.

Aunque nuestro tema de estudio se va a centrar en la Educación Ambiental, por considerar, que es en este ámbito concreto, donde mejor puede ubicarse el Trabajo Social vemos necesario exponer previamente que se entiende por el mismo.

Tan sólo añadir a esta introducción que con este trabajo pretendemos aportar unas directrices generales sobre la intervención del trabajador social en este campo, siendo por ello conscientes de que queda mucho camino por recorrer y por tanto toda una serie de reflexiones a compartir con el lector.

2. Aproximación al concepto de medio ambiente

El concepto de medio ambiente ha sido estudiado e interpretado por diferentes es-

pecialistas en distintas materias aportando orientaciones multidimensionales, nosotros tan sólo reproduciremos algunas de ellas.

Para la Comisión Europea del Medio Ambiente, vinculada a la Unión Europea, es la «asociación de elementos cuyas relaciones mutuas determinan el marco y las condiciones de vida, reales o sentidas de los individuos y de las sociedades, teniendo en cuenta los aspectos naturales y artificiales, las condiciones químicas, físicas y biológicas en conexión con los factores sociales, económicos y políticos»¹.

En opinión de P. Bifani: «el hombre modifica el sistema natural fundamentalmente a través de la tecnología y la organización que el grupo social adopta...(...). Este es el corolario de la unidad que orgánicamente instituyen sociedad y naturaleza. Su sistema de relaciones se manifiesta, por un lado, en la realidad natural que influye sobre el sistema social y le obliga a adaptarse, y por otro, la realidad social y su desarrollo (en términos de capacidad de transformación y manipulación) tienden a adaptar el sistema natural a sus requerimientos»². Es decir, entre el medio y el hombre se ha producido una transformación e interrelación constante tanto negativa como positivamente. Así el deterioro actual es el producto de esa interacción y es el ser humano el que tiene parte de responsabilidad en el desencadenamiento de esta situación.

Con esta concepción se pone de relieve la interdependencia hombre-sociedad y medio ambiente y considera que la transformación de la naturaleza ha sido y sigue siendo un fenómeno social.

Sin duda podemos constatar que los problemas ambientales afectan a todo el mundo, y que en gran medida están condicionados, entre otras causas, por los valores, las formas de concebir el entorno, el enfoque

estrictamente orientado hacia la consecución del máximo aprovechamiento económico, la falta de concienciación y de una visión de futuro.

Todos estos aspectos situados a nivel ético y de comportamientos de la población serían los primeros factores a tratar para la resolución de la problemática ambiental, sin olvidar las competencias de los poderes públicos de establecer legislaciones y políticas sociales medioambientales encaminadas a la prevención del deterioro del medio (tal como se recoge en la Constitución Española de 1978 en su artículo 45.2.).

A partir de los años 60-70 va surgiendo paulatinamente una nueva perspectiva en la manera de enfocar el desarrollo económico y el problema del medio ambiente. Desde entonces, «se ha comprendido que, en realidad, los objetivos y las estrategias relativas al medio ambiente y al desarrollo no son incompatibles, si se planifican y organizan los esfuerzos de revalorización y protección del medio ambiente de un modo global e integrado, para atender las necesidades vitales y fundamentales, mejorar las condiciones de vida y ordenar racionalmente los recursos y el espacio»³.

Así, en los últimos años están surgiendo nuevas alternativas, nuevos movimientos sociales relacionados con ideologías pacifistas y ecologistas con la finalidad de cui-

¹ COMUNIDADES EUROPEAS. *Política de Medio ambiente en la Comunidad Europea*. Ed. Oficina de Publicaciones C.E.E. Luxemburgo 1990.

² BIFANI, P. *Desarrollo y Medio ambiente* citado por CARIDE, J.A. y otros en *Educación Ambiental: Realidades y Perspectivas* Ed. Torculo. Santiago 1991, págs. 37 y ss.

³ UNESCO. *La Educación ambiental, las grandes orientaciones de la Conferencia de Tbilisi*. Ed. UNESCO. París 1978.

dar, conservar y reestablecer el equilibrio con nuestro entorno.

3. ¿Qué se entiende por educación ambiental?

Llegado a este punto, cabe plantearse ¿qué es la educación ambiental?. La mayoría de los expertos en el tema apuntan con respecto al futuro de la situación del medio ambiente, que las alternativas y orientaciones de la acción del hombre para solucionar la problemática ecológica deben estar enfocadas hacia: el cambio de valores, la toma de conciencia, la educación medio ambiental y las energías alternativas. Que duda cabe que las tres primeras orientaciones que se proponen están relacionadas con el tema de la educación. Así las actas del Congreso Internacional sobre Educación Ambiental celebrado en Madrid en 1988, ponen de relieve: «que hace falta un nuevo tipo de hombre que construya un nuevo tipo de sociedad que haga frente a los problemas del medio de manera diferente. Para construir este tipo de sociedad hace falta un nuevo tipo de educación y la Educación Ambiental puede concebirse como un enfoque que se adentra en el corazón mismo del problema»⁴.

Son muchas las definiciones que los ambientalistas han dado sobre Educación Ambiental. Extraemos para nuestro análisis algunas de las mencionadas en algunos encuentros de expertos nacionales e internacionales, optando por la definición dada en el informe final del Seminario Internacional de Educación Ambiental celebrado en Bélgica y patrocinado por la UNESCO (1975): «la Educación Ambiental es una nueva metodología de tipo práctico a través de la cual se quiere alcanzar un cambio de actitudes ante la realidad que nos rodea; unos conocimientos lo más exactos posibles sobre la realidad y sus problemas; unas aptitudes para detectar esos problemas y un

espíritu crítico y participativo para mejorar esa realidad»⁵.

Según la Conferencia de Moscú (1987), «La Educación Ambiental se concibe como un proceso permanente en el que los individuos y la colectividad cobran conciencia de su medio y adquieren los conocimientos, los valores, las competencias, la experiencia y también la voluntad capaces de hacerlos actuar para resolver los problemas actuales y futuros del medio ambiente»⁶.

Si analizamos brevemente estas definiciones, ambas confluyen en la necesidad de un conocimiento de las causas de los problemas y de la adquisición de métodos y técnicas para resolverlos; un cambio de actitudes y valores del individuo que permita a este tener una actitud crítica para analizar los factores ambientales; una elevación del nivel de conciencia en la comunidad, una orientación encaminada a prevenir en un futuro mayores daños ecológicos y la participación de la población en la solución de la problemática. Estas cuestiones esbozadas en líneas generales podríamos decir que corresponden a algunos de los objetivos de la Educación Ambiental.

Resulta obvio decir, concluyendo este punto, que la educación no puede resolver por sí sola todos los problemas ambientales imputables a una serie de factores físicos, biológicos, económicos, sociales y culturales.

4. Interdisciplinariedad

Otra cuestión importante a destacar en el proceso educativo ambiental, relaciona-

⁴ CONGRESO INTERNACIONAL DE EDUCACION AMBIENTAL. Madrid 1988.

⁵ UNESCO, op. cit., París 1978.

⁶ CONFERENCIA DE MEDIO AMBIENTE DE MOSCÚ. 1987, citado por CARIDE, J.A. y Otros en op. cit., Santiago 1991.

da con la nueva concepción del Medio Ambiente es la que apunta Moroni cuando expresa que: «el enfoque interdisciplinar es siempre la metodología más adecuada para las investigaciones relativas al medio y, sobre todo, para una propuesta fecunda de Educación Ambiental»⁷.

Podría afirmarse que el medio ambiente debe abarcar tanto el medio físico, como el medio social y cultural, por lo que los problemas de desequilibrio ambiental no pueden considerarse aisladamente. Esta razón aboga a favor de un enfoque integral y global de la Educación Ambiental, basado en un soporte interdisciplinar en el que deben contribuir diferentes elementos del conocimiento tanto de las ciencias naturales y técnicas, como de las ciencias sociales y humanas.

Consideramos que, desde esta perspectiva interdisciplinar, el trabajo social como profesión orientada a procurar el bienestar social y mejorar la calidad de vida y, puntualizando que es según la Resolución nº 16 del Consejo de Europa, adoptada el 24 de Junio de 1974, «una actividad profesional específica dispuesta a favorecer una mejor adaptación recíproca de las personas, de la familia, de los grupos y del medio social en el cual viven, y desarrollar el entendimiento de la dignidad y responsabilidad de los individuos, haciendo una llamada a la capacidad de las personas, a las relaciones interpersonales y a las fuentes de colectividad» puede ser por tanto, una disciplina más a incorporar al campo de la Educación Ambiental, dado que existen múltiples problemas del medio que pueden incidir en cualquier problemática social.

La formación interdisciplinar del trabajador social le permite, enfocar la realidad desde una perspectiva integral. Esto, unido al conocimiento y habilidad en el manejo de técnicas de intervención y de animación

grupal y a su contacto continuo con el tejido social de la comunidad pueden hacer de él un recurso profesional importante para la educación ambiental, pudiendo compartir con otros profesionales tareas de: investigación, información, coordinación, planificación, evaluación, formación, sensibilización... etc.

Es por esto que creemos que el área del medio ambiente puede ser otro campo más de actuación del trabajador social, encaminando su actividad profesional, fundamentalmente, a la Educación Ambiental y dentro de esta hacia la educación no formal y el trabajo comunitario, integrándose dentro de los equipos interdisciplinarios de la misma.

4. Objetivos de la educación ambiental y su relación con el trabajo social.

Tomando como referencia los objetivos generales marcados en las directrices del Seminario celebrado en Belgrado en el año 1975 sobre Educación Ambiental y que se conoce como la Carta de Belgrado, intentaremos relacionar estos y así aproximarnos a las funciones y objetivos que el trabajador social podría emprender en el área de la Educación Ambiental.

Los objetivos recogidos en la Carta de Belgrado de forma resumida son:

1.- *Toma de conciencia.* «Ayudar a las personas y a los grupos sociales a que adquieran una mayor sensibilización en torno al Medio Ambiente y de los problemas conexos».

⁷ MORONI, A. «Interdisciplinaridad en la Educación ambiental» en Perspectivas. Vol. VIII nº 4, págs. 527 y ss., citado por CARIDE GOMEZ, J.A. y otros en op. cit., Santiago 1991.

El individuo es el único que puede frenar la degradación del medio y lograr una interacción equilibrada con este que le ayude a mejorar su calidad de vida. Para conseguirlo, es necesario que tome conciencia de los problemas ambientales, comenzando por los de su propia comunidad, que cambie su jerarquía de valores y que tenga una actitud más crítica y activa que le haga sentirse parte y arte de su entorno.

En este sentido, el trabajador social por su relación directa con las personas, grupos y colectividades, puede llevar a cabo acciones para sensibilizar a la población sobre cuestiones ambientales. Así a través de la promoción y organización de actividades: de información, culturales, creativas, de ocio y tiempo libre, artísticas, de formación de grupos ...etc, relacionadas con el entorno natural o urbano, puede ayudar a modificar actitudes y hábitos de comportamiento nocivos para el propio individuo y para su medio, fomentando en las personas una conciencia crítica y responsable.

2.- *Conocimiento*. «Ayudar a los individuos y colectivos sociales a adquirir una comprensión básica del Medio Ambiente en su totalidad, de los problemas conexos y de la presencia y función de la humanidad en él, lo que entraña una responsabilidad crítica».

El hombre no puede tomar conciencia, si no tiene un conocimiento suficiente de las necesidades, posibilidades y alternativas de solución de los problemas ambientales. Esto plantea dos cuestiones fundamentales para la Educación Ambiental, la formación y la información, que deben llevarse a cabo en cualquier lugar y extenderse a todas las edades y a todas las capas sociales incluidas las más marginadas. Es decir, la educación ambiental debe ser un proceso permanente y amplio, no sólo orientado a la educación formal (población escolar), sino dirigido a la

formación de individuos y colectivos dentro de la educación no formal (por esta, se entiende toda actividad organizada, sistemática, educativa, realizada fuera del marco del sistema oficial, para facilitar determinadas clases de aprendizaje a subgrupos particulares de población tanto adultos como niños).

Es preciso llegar a todas las capas sociales para que todos se interesen y participen de la conservación de su entorno natural, social y cultural. Sólo así se podrá lograr un cambio integral de la sociedad con respecto al medio ambiente.

El trabajador social que desempeña su trabajo en diversos ámbitos de la comunidad, servicios sociales, educación, cultura, asociacionismo, salud y que se relaciona con todos los sectores de la población, jóvenes, mujeres, adultos, ancianos, etc. permite que podamos considerar al trabajador social como un agente importante en programas comunitarios de formación en Educación Ambiental. El trabajador social puede ser un interlocutor muy válido para llevar información a ciertos grupos sociales que no la obtienen por los canales usuales.

Integrado dentro de un equipo interdisciplinar, el trabajador social puede conectar con las personas y colectivos sociales para identificar las necesidades de la comunidad y poder colaborar en el diseño y puesta en marcha de programas de educación ambiental de información y formación, a través de actividades de promoción, organización, difusión y coordinación como: campañas informativas, utilización de medios audio visuales, charlas informativas, mesas redondas, conferencias, seminarios, sobre diversos temas ambientales de interés para la gente, comenzando por los más cercanos, es decir por los de su propia zona, pero sin olvidar los otros niveles: provincial, regional, nacional... etc. Todas estas acciones educativas servirán para fomentar la preocupa-

ción y compromiso individual y colectivo por el medio ambiente.

La formación también está relacionada con el propio trabajador social, por lo que aquellos profesionales que trabajen en programas de Educación Ambiental, deberán tener una formación si no específica, sí generalista sobre temas ambientales a través de cursos especializados, seminarios que lo capaciten para desempeñar lo mejor posible su labor profesional y para que pueda trabajar en equipo con otros profesionales del campo ambiental.

3. Actitudes. «Ayudar a las personas y a los grupos sociales a adquirir valores sociales, un profundo interés por el Medio Ambiente y la voluntad que los impulse a participar activamente en su protección y mejoramiento».

No cabe duda que este objetivo está muy relacionado con los expuestos anteriormente; el conocimiento y la toma de conciencia van unidos y ambos encaminados a lograr en el individuo un cambio de actitud frente a su medio que, como ya hemos mencionado repetidamente, le haga sentirse responsable y le motive para la participación.

4. Capacidad de evaluación. «Ayudar a las personas y a los grupos sociales a evaluar las medidas y los programas de educación ambiental en función de los factores ecológicos, políticos, económicos, sociales, estéticos y educacionales».

No sólo es importante ayudar y capacitar a la población para que evalúe el impacto de los proyectos de Educación Ambiental, sino que también es necesario implicar al mayor número de personas a nivel de base, en el diseño de planificación. Cuanto más implicada esté la población, mayor motivación y mayores posibilidades de éxito tendrán los proyectos que se lleven a cabo en la comunidad.

5. Participación. «Ayudar a los individuos y a los grupos sociales a que desarrollen su sentido de responsabilidad y a que tomen conciencia de la urgente necesidad de prestar atención a los problemas del medio ambiente, para asegurar que se adopten medidas adecuadas al respecto».

Este objetivo también está muy relacionado con los anteriores. Se trata de que las personas analicen sus situaciones, desarrollen sus potencialidades de acción y creen sus propias alternativas. Como señala Rezsohazy, «la participación engrandece al hombre. Le hace salir de su aislamiento. Le invita a informarse y a formarse. Le atribuye responsabilidades. Le enseña a dialogar con los demás, a escucharles, a ponerse de acuerdo con ellos».

La participación de la gente en los programas de educación ambiental es esencial; sólo así se sentirán parte de su entorno, sólo así podrán llevarse a cabo verdaderos cambios en la sociedad. Por este motivo, la principal actitud que se ha de suscitar en los ciudadanos es la participación efectiva en el enfoque y gestión de los asuntos relacionados con el medio ambiente, creándose los cauces y canales de comunicación y de información apropiados que permitan a las personas y grupos participar en los programas de Educación Ambiental a todos los niveles: en el de toma de decisiones, en el nivel de gestión y en el de puesta en marcha de dichos programas.

Las funciones del trabajador social con respecto a este objetivo podrán ser: de información, de promoción, de organización, y de educación, con la finalidad de fomentar la participación ciudadana en la solución de la cada vez más creciente problemática ecológica; coordinar los esfuerzos de los diversos sectores de la población, impulsar la creación de grupos que reivindiquen medidas para dar solución a los problemas am-

bientales y para que analicen y evalúen las acciones llevadas por los políticos y, en definitiva, llevar a cabo todas aquellas acciones que capaciten al individuo para participar en los procesos de desarrollo de su comunidad.

Las acciones podrán ir encaminadas hacia la captación de personas que estén más motivadas por el medio ambiente, formación de grupos, coordinación con asociaciones y grupos ecologistas para la organización de actividades diversas, formación de monitores ambientales dentro de la propia comunidad entre otras.

Sobre la base de los objetivos mencionados, e intentando concretar, nos podemos preguntar ¿cuáles podrían ser las funciones del trabajador social en un equipo? Sin perder de vista el enfoque interdisciplinar, donde cada profesión actúa con sus responsabilidades específicas, enumeramos como más relevantes, entre otras, las siguientes funciones correspondientes a cuatro tipos de intervención: investigación, coordinación, educación y planificación.

A) Investigación

Por la complejidad del tema del medio ambiente y la importancia de considerarlo de forma integral, se requiere tener un conocimiento en profundidad de la realidad donde se va a intervenir. Es necesario que el trabajador social desarrolle, complementariamente con el equipo, investigaciones de campo, en torno a:

- Identificación de los problemas ambientales prioritarios de la comunidad y necesidades al objeto de establecer estrategias posibles de intervención.
- Conocimiento de las actitudes, comportamientos, modos de vida, y relaciones del hombre respecto al medio y la naturaleza

para adecuar las intervenciones a sus características.

- Estudio general de los resortes económicos, legales, investigaciones y documentación relacionada con el tema.
- Conocimiento de los recursos sobre el medio ambiente y servicios del territorio.

B) Coordinación

Este tipo de intervención está orientada a coordinar las actividades de trabajo con la comunidad, estimular su participación y crear canales de comunicación con los grupos, instituciones,... Es necesario que los objetivos y política medio ambiental lleguen al ciudadano y esto es posible a través de mecanismos institucionales y políticos más cercanos a la comunidad. Algunas funciones a realizar serían:

- Coordinación con asociaciones, instituciones, colectivos del tejido social de la comunidad para lograr su implicación y llevar a cabo acciones conjuntas en programas de Educación Ambiental.
- Potenciar la participación ciudadana, y crear órganos de participación para la solución y/o prevención de los problemas ecológicos del barrio, pueblo o ciudad.
- Apoyo y asesoramiento técnico a las asociaciones, colectivos, instituciones, etc.

C) Educación

El objetivo de esta intervención es abordar la cuestión medio ambiental en relación a procesos de desarrollo y formación de la población a través de múltiples estrategias que motiven, impliquen y capaciten a la comunidad y esto tanto desde la Educación Formal como desde la Educación no formal.

Las funciones que deberá llevar a cabo el trabajador social podrían ser fundamentalmente dos:

• Promover, gestionar y organizar actividades, (talleres, charlas, juegos ambientales, rutas...), que adecuadas a los intereses, capacidades y expectativas de los destinatarios contribuyan a:

— Desarrollar actitudes de valoración del medio y acercamiento y disfrute del entorno, hábitos de participación y responsabilidad en relación al medio ambiente.

— Adquisición de conocimientos y aprendizaje de nuevas formas ecológicas de relación con el medio.

• Creación, impulso, organización y formación de grupos, capacitándolos para la realización de actividades que favorezcan la mejora del medio ambiente.

D) Planificación

Todo lo expuesto carecería de sentido si no se contempla racionalmente en un diseño de planificación. De este modo la planificación es imprescindible para establecer los resultados que se pretenden alcanzar, lo que implica ordenar las diversas actividades y medios que confluyen en la realización de estas acciones. La Planificación en este contexto depende fundamentalmente de la asignación de recursos y desde luego de los esfuerzos que desde la Administración Pública se puedan destinar al objeto de ir creando un cambio de actitudes y aptitudes de la población con respecto a la mejora y conservación del medio ambiente.

6. Prácticas realizadas en el campo del medio ambiente por los alumnos de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Granada.

La E.U.T.S. de la Universidad de Granada, dentro de las enseñanzas prácticas en

Instituciones (prácticas de campo), ha emprendido, por primera vez para el curso 93-94 la realización de las mismas en el campo de actuación del medio ambiente. Los profesores de la Escuela y supervisores de las instituciones valoraron la importancia de desarrollar en este ámbito las prácticas como una forma de intervención profesional a llevar a cabo por los estudiantes en Trabajo Social, a la vez que nos encontrábamos con la necesidad de ofrecer a los alumnos nuevas posibilidades de realizar sus prácticas, ya que las instituciones que existen son insuficientes para acoger el gran aumento de alumnos que cursan la carrera.

En este apartado queremos presentar un acercamiento a la praxis profesional del Trabajador Social en el campo del medio ambiente, para lo cual vamos a exponer dos experiencias que han desarrollado los alumnos. Vemos que es necesario aclarar que el tipo de intervención realizado por los alumnos podría haber sido más amplio, pero éste ha estado limitado por la consideración de que son alumnos en prácticas y no pueden asumir responsabilidades profesionales, así como por la insuficiente delimitación y profundización en las funciones a desarrollar en este campo.

Pasemos pues a exponer, a modo de conclusión, las actuaciones realizadas por los alumnos:

1. Prácticas realizadas en la Parroquia de Regina Mundi, Cáritas Parroquial. Proyecto de Medio Ambiente.

La Parroquia de Regina Mundi de Granada dispone de un grupo de jóvenes voluntarios. Este grupo, dentro de sus actividades, realizó en el año 92-93 un estudio o prediagnóstico de la zona geográfica adscrita a la parroquia. La población encuestada manifestó, en su gran mayoría, la problemática ambiental que sufre esta zona urbana

(suciedad, ruidos, despilfarro de desechos,...), coincidiendo ésta con la problemática detectada por los realizadores del estudio. Ante esta situación se estima la conveniencia de dar una respuesta válida a esta preocupación comunitaria creándose una Comisión de Medio Ambiente para organizar y planificar actividades concretas que contribuyan a la mejora del medio y por ende a una mayor calidad de vida ciudadana.

Las actuaciones realizadas por los cinco alumnos de segundo curso de Trabajo Social las encuadramos dentro del Proyecto de Medio Ambiente, siendo estas las siguientes:

- Organización y Realización de las *I Jornadas sobre Problemas Medio Ambientales en tu Barrio*, al objeto de contactar con la población de la zona y conocer la disponibilidad de la población a participar así como de facilitar información básica sobre problemas medio-ambientales y la concienciación de esto.

- Una de las propuestas planteadas por la población en estas I Jornadas fue el problema de la eliminación de basura, por lo que se programó y realizó una campaña sobre reciclaje del aceite y recogida de papel.

- Actualmente las intervenciones que se están desarrollando van encaminadas a una mayor captación de jóvenes voluntarios para ejecutar las propuestas programadas, la puesta en marcha de un taller de elaboración de Jabón y la celebración en el barrio del Día del Medio Ambiente para sensibilizar a la población.

2. Area de Medio-Ambiente y Consumo, dependiente del Excmo. Ayuntamiento de Granada. Proyecto de Ciudades Saludables.

El Excmo. Ayuntamiento de Granada, y concretamente, el Area de Medio-Ambiente

y Consumo, desarrolla una serie de medidas en materia de educación ambiental. Este área ha puesto en marcha varios programas como: «Granada a los Niños», «Centro de Innovación Educativa Huerto-Alegre», «Centro de Documentación Ambiental» y actualmente en proyecto la creación del «Parque de las Ciencias»,...

Uno de los proyectos en ejecución es el de «Ciudades Saludables», al que se han incorporado para realizar sus prácticas tres alumnas de tercer curso de Trabajo Social. Las actividades que se han llevado a cabo son, entre otras, las siguientes:

- Estudio de la Institución, servicios, y consulta de documentación del centro de prácticas.

- Análisis reflexivo y crítico del Proyecto «Ciudades Saludables».

- Difusión del Proyecto «Ciudades Saludables», registro y selección de instituciones para darlo a conocer, contacto y entrevistas con los responsables de las instituciones, etc.

- Realización de charlas sobre los contenidos del Proyecto a todas las instituciones seleccionadas: preparación de las charlas, exposición de las mismas, aclaración de temas, recogida de propuesta, análisis de las propuestas, etc.

- Confección de encuestas y cuestionario de opinión sobre diversos temas: alcohol, tabaco, tiempo libre, etc.

Estas que hemos mencionado brevemente son acciones efectuadas por los alumnos en estos centros. No son las únicas que han llevado a cabo, ya que cabría añadir las tareas encomendadas por los docentes en el espacio de Supervisión de las prácticas. Pero éstas salen del tema.

Por nuestra parte, en la E.U.T.S. de Granada y en base a estas experiencias expues-

tas, que calificamos de muy positivas, pretendemos continuar en la formación práctica y teórica de los futuros Trabajadores Sociales en este campo.

7. Algunas reflexiones a modo de conclusión

La incorporación del Trabajador Social a los equipos interdisciplinarios en relación al medio-ambiente y más específicamente a la educación ambiental supone un nuevo campo de actuación para nuestra profesión.

Nos atrevemos a afirmar, sin duda, que el Trabajador Social, por la naturaleza de su actuación y la propia concepción de sus contenidos, ofrece posibilidades de intervención en un intento de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos en algo tan importante como es el medio ambiente.

Esta situación nos plantea una serie de retos: definir y delimitar las funciones y perfil profesional, estar preparados con una adecuada formación académica y permanente, ser eficaces en las respuestas que seamos capaces de dar, poner de manifies-

to y reivindicar nuestra inclusión en equipos interdisciplinarios sobre medio ambiente, etc.

Por otra parte, consideramos que los Ayuntamientos principalmente (no entramos en analizar otro tipo de instituciones) constituyen el marco idóneo y con competencia en materia de protección del medio ambiente, según el artículo 25.2.f. de la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local. Por lo tanto, éste ente local debe reconocer la incorporación de los trabajadores sociales en los equipos, para dar un enfoque integral y global a las intervenciones en relación al medio-ambiente.

Respecto a las E.U.T.S. es especialmente importante continuar profundizando e investigando en los contenidos del medio ambiente, así como impartir materias relacionadas con este campo de intervención al objeto de una mejor preparación, rendimiento y calidad en el ejercicio de nuestra profesión, hasta el punto que sería deseable que en un futuro próximo pudiéramos hablar de «*trabajadores sociales especialistas en medio ambiente*», del mismo modo que sería también deseable la especialización en otros campos del Bienestar Social.

LOS TRABAJADORES SOCIALES EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES

1.- Introducción

El análisis de las funciones de los trabajadores sociales en el campo de las drogodependencias va a estar condicionado por multitud de factores que van desde los continuos cambios producidos en el contenido del Trabajo Social, al papel asignado a los servicios sociales especializados para la atención a las drogodependencias dentro de las redes de servicios sociales. Hay, no obstante, dos factores que de una manera más específica han influido en la actual configuración de las funciones de los profesionales del Trabajo Social que actúan en este campo:

a) La propia conceptualización de las drogodependencias o, si se prefiere, la evolución registrada en los modelos teóricos explicativos de las mismas.

b) Los cambios operados en las pautas de consumo de drogas en España y en el perfil de la población consumidora.

Respecto al primero de estos factores, señalar que a medida que los enfoques teórico-conceptuales explicativos de las

drogodependencias basados en la incidencia de un único factor (la disponibilidad de las sustancias, los efectos de éstas, determinadas deficiencias en la organización social, los déficits personales, etc.) fueron entrando en crisis, se fue estableciendo un amplio acuerdo entre los técnicos del sector acerca del carácter multicausal de las drogodependencias. Quedaba de ese modo, abierto el camino para el establecimiento de un consenso generalizado en torno a lo que ha dado en llamarse Modelo Integrador o Biopsicosocial¹. La aparición de este modelo, además de establecer la etiología pluricausal de las drogodependencias (explicable desde la interacción del conocido triángulo: individuo-sustancia-sociedad), permitió la revalorización de la esfera de lo social en la intervención en drogodependencias. De esta forma se popularizaron determinados postulados en la intervención, tales como la necesidad de que los trata-

¹ SANCHEZ PARDO, L. Drogodependencias y Trabajo Social. Revista Eslabón nº 7. Ed. Colegio Oficial de Asistentes Sociales y Diplomados en Trabajo Social de Madrid. Madrid, 1989.

mientos rehabilitadores incidan simultáneamente en las áreas psicológica, orgánica y social, o de que éstos se realicen de forma preferente en el medio social habitual de los sujetos afectados por el problema (prioridad de los tratamientos ambulatorios frente a los de tipo residencial), la importancia del trabajo con la familia, etc.

Pero si el Modelo Biopsicosocial contribuyó de manera fundamental a evidenciar el papel clave de la esfera de lo social en la intervención en drogodependencias (tanto en el plano preventivo como en el de la rehabilitación-reinserción) y en la necesidad de un abordaje interdisciplinar del fenómeno, no ha sido menor la influencia que la propia evolución de las pautas de consumo de drogas y de las características sociodemográficas de los consumidores han tenido en el quehacer cotidiano de los trabajadores sociales. Numerosas han sido las transformaciones acontecidas en los hábitos de consumo de drogas de la población española en los últimos años, entre las que podrían destacarse las siguientes²:

— El fuerte crecimiento del consumo de alcohol entre la población adolescente y juvenil.

— El descenso del consumo de los derivados del cánnabis, hachís fundamentalmente, droga desplazada por el alcohol entre las preferencias de los grupos de edades más jóvenes.

— La reducción del consumo de heroína, así como el progresivo deterioro de las condiciones socio-sanitarias de la población consumidora.

— El crecimiento de los consumos de cocaína y de las demandas asistenciales derivadas del mismo.

— La aparición de las denominadas drogas de diseño, cuyo consumo pese a ser

minoritario se encuentra en una fase de fuerte crecimiento.

— La consolidación del fenómeno del policonsumo o ingesta simultánea de distintas drogas.

Estos cambios en las pautas de consumo de las diferentes drogas se han traducido en la modificación de las características de la población consumidora, de tal forma que en la actualidad coexisten perfiles diferenciales de drogodependientes. Entre estas transformaciones convendría destacar dos que van a tener especial trascendencia a la hora de definir las funciones de los trabajadores sociales en el campo de las drogodependencias:

a) La reducción de la edad de inicio del consumo de las denominadas drogas legales, lo que viene a reforzar la prioridad del diseño de programas preventivos dirigidos a evitar y/o reducir el consumo de estas sustancias.

b) El fuerte deterioro que en las condiciones sociosanitarias experimenta una parte significativa del colectivo drogodependiente, en especial los consumidores de heroína por vía intravenosa, consecuencia de largos años de consumo de drogas. Esta circunstancia está haciendo modificar tanto el tipo de demandas que formulan los usuarios, como las estrategias y prioridades de los servicios asistenciales.

Precisamente, el presente trabajo, resultado del esfuerzo colectivo de un grupo de trabajadores sociales del Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid, pretende hacer una formulación que dé

² Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Informe de Situación y Memoria de Actividades 1992. Ed. M^º de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993. Pgs: 9-44.

respuestas a las nuevas necesidades que plantea el colectivo drogodependiente.

2. El trabajo social en el ámbito de las drogodependencias.

2.1. Marco teórico - conceptual.

El Trabajo Social debe ser entendido como una de las ciencias sociales que estudian, con métodos propios, distintos aspectos o facetas del hombre en cuanto ser que se relaciona con otros iguales en un conjunto organizado, es decir, en sociedad. Desde esta perspectiva, el Trabajo Social aborda el estudio e intervención de los problemas surgidos en la relación hombre - sociedad, en tanto en cuanto se producen desequilibrios o desajustes entre el individuo y su entorno social, entre sus necesidades sociales y los recursos con los que cuenta para cubrirlas.

El Trabajo Social, como profesión con entidad propia que ocupa un espacio en el esquema interdisciplinar, puede ser definido como *aquella profesión dedicada al fomento del bienestar social del hombre, desarrollando y aplicando el saber científico relativo a las actividades humanas y sociales en el ámbito de un sistema de recursos organizado que operativiza, con el objetivo de prever y superar situaciones de desigualdad y necesidad de individuos, grupos y comunidades en el marco de la promoción de la justicia social.*

Ante las distintas situaciones de necesidad, desajustes y desequilibrios sociales la actuación del Trabajador Social debe impulsar que las personas, familias y grupos desarrollen las correctas respuestas emocionales, intelectuales y sociales necesarias para aprovechar sus recursos y superar sus limitaciones. Nuestro objetivo es que las personas con problemas de drogodepen-

dencias y los que con ellos conviven, alcancen un grado de autonomía tal que les permita movilizar sus propios recursos, desarrollar una vida saludable y socialmente normalizada, siendo capaces de transformar activamente su realidad³.

En la mayoría de los casos no será posible emprender una recuperación y superación del problema sin que se produzca un progresivo cambio en los estilos de vida de la población atendida, lo cual implica realizar modificaciones en diferentes áreas de la vida del individuo, según el grado de deterioro que haya alcanzado en las mismas, manejando para ello los distintos recursos existentes, así como potenciando los propios del sujeto. En el plano práctico esto supone que la intervención de los trabajadores sociales de los servicios especializados para la atención a las drogodependencias debe sustentarse, por una parte en el trabajo coordinado con profesionales de diferentes servicios e instituciones, y por otra en la interdisciplinariedad de las acciones a desarrollar en los servicios asistenciales.

2.2. Contexto en el que se enmarca el trabajo: el equipo interdisciplinar.

La etiología multifactorial del fenómeno de las drogodependencias, así como la diversidad de los efectos que éstos provocan, determina que la respuesta rehabilitadora deba incluir la intervención de profesionales pertenecientes a diferentes áreas (social, sanitaria, psicológica, ocupacional, etc.).

El trabajo en equipo, entendido como la integración de las funciones que desarrollan diferentes técnicos a través de un programa planificado que persigue objetivos concre-

³ ZAMANILLO, T y GAITAN, L. Para comprender el Trabajo Social. Ed. Verbo Divino. Navarra, 1991.

tos, vendrá facilitado por una serie de factores, tales como⁴:

- El establecimiento de objetivos comunes para todos los integrantes del equipo.

- La existencia de un programa con funciones definidas y delimitadas para cada miembro del equipo.

- El establecimiento de canales de comunicación entre los miembros del equipo.

Desde la perspectiva biopsicosocial de las drogodependencias, en el equipo interdisciplinar todos los campos de intervención son igualmente importantes, independientes y complementarios. De hecho la interdisciplinariedad no es sino la participación democrática de los diferentes profesionales en el diseño y desarrollo de los programas a llevar a cabo con individuos, grupos o colectividades humanas. Asimismo, estos equipos suponen una descentralización importante y la devolución de gran parte de la capacidad de iniciativa al habitat sociocomunitario, sujeto y objeto de sus servicios.

El marco profesional de referencia del que parte este documento son los equipos interdisciplinares de los C.A.D.s del Ayuntamiento de Madrid. Estos equipos están formados por los siguientes profesionales: médicos, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros y auxiliares de clínica. Esta variedad de profesionales da cobertura a las diferentes áreas esenciales del drogodependiente a distintos niveles, individual, familiar, grupal y social, a través de la coherencia y complementariedad de todos los integrantes del equipo⁵. Es en este equipo interdisciplinar donde habrá que desarrollar las funciones generales del trabajo social que adquirirán contenidos concretos acorde con la problemática que aborda.

2.4. Objetivos y Funciones Generales del

Trabajo Social.

El Trabajo Social como profesión cuenta con unos objetivos y unas funciones generales que se dirigen hacia la consecución de dos fines fundamentales:

- La implicación de políticas sociales (puesta en marcha de planes, programas y proyectos sociales).

- La dinamización de la vida social participando y/o estimulando actuaciones administrativas, formativas y de promoción en la comunidad.

Los objetivos y funciones generales tendentes a la consecución de estos fines podríamos resumirlos, en consecuencia con las resoluciones adoptadas por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales, del siguiente modo:

Objetivos:

- Participar en el diseño y ejecución de las políticas sociales.

- Instrumentalizar y complementar su cuerpo teórico a partir de la práctica.

- Potenciar el ajuste dinámico entre demanda social y los recursos sociales fomentando las condiciones necesarias y posibles para ello.

Funciones:

- Función cognoscitiva, que nos lleva a conocer la realidad social con la que nos enfrentamos a través de la investigación de

⁴ SAN MARTIN, H. y PASTOR, V. Salud Comunitaria. Teoría y Práctica. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1980. Pgs: 202-232.

⁵ Plan Municipal Contra las Drogas. Documento Marco de Atención a las Drogodependencias. Ed. Area de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. Madrid, 1989.

causas y procesos de la misma tanto a nivel macro como microsocioal.

— Función preventiva, elaborando modelos de intervención que actúan precozmente sobre las causas generadoras de situaciones problema y/o sobre los grupos de población afectados por dichas situaciones de riesgo.

— Función de atención directa, sobre individuos y grupos bajo los efectos de una problemática social concreta desde la doble perspectiva asistencial y socioeducativa desarrollando sus capacidades y facultades.

— Función gerencial, de administración y planificación de servicios sociales y sus actuaciones para lograr, desde criterios de eficacia y eficiencia una correcta racionalización de los recursos sociales.

— Función de investigación y docencia, realizando desde la práctica una aportación teórica y formativa.

Estas funciones generales son las que habrá que desarrollar en la práctica diaria, delimitando sus contenidos concretos en función del campo de actuación al que nos dirijamos; en el caso que nos ocupa el campo de las drogodependencias y en concreto en la intervención directa con drogodependientes y sus familias en centros de atención especializados. En el campo de las drogodependencias se pueden diferenciar dos grandes ámbitos de actuación, desde los que extraer los contenidos de las funciones de los trabajadores sociales:

a) La atención directa a individuos con problemas de drogodependencia, a su familia o personas con las que conviven.

b) La participación en actuaciones que desde los equipos de intervención se desarrollan paralela o simultáneamente a la atención directa, intervenciones relativas a actividades de carácter preventivo y comunita-

rio.

El presente documento se ceñirá exclusivamente al análisis del primer punto, esto es, a la reflexión en torno a los contenidos de las funciones del trabajador social en la atención directa a individuos con problemas de drogodependencia. Esta decisión no supone que se considere secundaria la participación de los trabajadores sociales de los centros de atención a las drogodependencias en el desarrollo de programas preventivos, sino que responde a una limitación de carácter temporal, que esperamos pueda ser atendida en un futuro inmediato.

Es preciso destacar por otra parte que muchos de estos contenidos son compartidos con los de otras profesiones integrantes del equipo, pero no por ello dejarán de ser contenidos propios de las funciones de nuestra profesión. Se tratará por tanto de contenidos concurrentes y compatibles.

Para desgranar dichos contenidos, y atendiendo a la experiencia de la práctica diaria, los hemos calificado en seis «áreas de intervención»:

- * Área de consumo de Drogas.
- * Área Familiar.
- * Área Educativa.
- * Área Laboral.
- * Área Relacional y de Ocupación del Ocio y del Tiempo Libre.
- * Área Jurídico - Legal.

3. Funciones de los trabajadores sociales en las distintas áreas de intervención.

3.1. Funciones en el Área de Consumo de Drogas.

Nuestras funciones en éste área irán encaminadas en cuatro direcciones:

a) Conocimiento de la evolución de la historia de consumo.

- Contexto socioambiental y familiar en el inicio y su influencia sobre el sujeto.

- Elementos personales y socioambientales que inciden en la perseverancia del consumo de diversas sustancias adictivas.

b) Conocimiento de la situación actual individual y familiar ante su tratamiento.

- Posicionamiento del individuo: motivación, expectativas y grado de implicación.

- Nivel y capacidad de respuesta e influencia de los distintos componentes del núcleo familiar en su tratamiento.

c) Conocimiento de las variables sociales externas que pueden incidir en el proceso de tratamiento.

- Problemática social asociada al consumo, pérdida de recursos económicos y laborales, detenciones, encarcelamientos, pérdida de vivienda, etc.

- Influencia de las redes sociales: grupos de iguales, asociaciones, voluntariado, etc.

d) Realización de las actuaciones oportunas de cara tanto a la valoración del caso, como a la gestión y conexión con los recursos y servicios sociales necesarios.

3.2. Funciones en el Area Familiar.

La familia, como grupo socializador primario, actúa como modelo y grupo de referencia para el aprendizaje de conductas y el desarrollo integral de los miembros que la componen, influyendo en la configuración de la personalidad de cada uno de ellos, sus ideas, actividades, relaciones interpersonales, etc, siendo a la vez un componente básico de transmisión de valores sociales y culturales, creencias, tradiciones y comportamientos. Es por ello que, dentro de nues-

tras funciones, es fundamental el trabajo a realizar con el grupo familiar, marcándonos como objetivo fundamental conseguir su máximo nivel de implicación y participación activa a lo largo del tratamiento y el desarrollo de sus recursos y capacidades.

Entendemos a la familia, tal y como la define Maurizio Andolfi⁶, y según la Teoría General de Sistemas, como un sistema abierto formado por unidades ligadas entre sí por medio de reglas de comportamiento y en continua relación para sí y con el exterior, con las siguientes características:

- La familia es un sistema en constante transformación, que se adapta a los distintos estadios de desarrollo (relación pareja, hijos, madurez...) con necesidades de organización interna y externa. En ella se dan dos tipos de funciones: homeostáticas y de cambio o transformación.

- La familia es un sistema activo que se autogobierna mediante reglas que se han ido estableciendo en el tiempo y que permiten que los individuos adquieran seguridad, sepan lo que se puede hacer y lo que no. El comportamiento de la familia se establece por reglas que rigen habitualmente en toda organización familiar: jerarquías de poder, reparto de roles, complementariedad de funciones, etc.

- La familia es un sistema abierto en relación con otros (escuela, barrio, lugar de trabajo, centros asociativos...) y que mutuamente se condicionan.

- La familia es un sistema en el que se establecen unas relaciones afectivas, cuya peculiar forma va a incidir en las futuras re-

⁶ ANDOLFI, M. Terapia Familiar. Un enfoque Interaccional. Ed. Paidós. Madrid, 1991.

laciones que cada uno de los miembros establezcan con el exterior.

Tras esta visión general pasaremos a señalar una serie de características de las familias que atendemos en los Centros de Atención a las Drogodependencias (C.A.D.s) dependientes del Ayuntamiento de Madrid.

La mayoría de estas familias con motivo de la aparición del problema en su seno tiende a constituirse en un sistema cerrado, dificultando el crecimiento de sus miembros y presentando un claro déficit a la hora de encontrar alternativas a la solución de sus problemas. Tienden a aislarse de su medio circundante, manteniendo una débil interacción. En su interior hay pocas muestras de amistad o afecto, las relaciones se establecen en un ambiente de sospechas. No hay comunicación y, si la hay, se da en torno a órdenes que deben de ser cumplidas, con exigencias desproporcionadas, muchas veces descontextualizadas o en espacios o tiempos inoportunos.

Se generan interacciones rígidas dando lugar a la aparición de rituales, mitos y secretos familiares. Aparece la pelea padre-madre por la no exigencia al hijo drogodependiente de responsabilidad y comportamiento adecuado; entre los sistemas filial y parental se cuestionan constantemente los aspectos o formas de vida de cada uno de los miembros sin que se llegue nunca a ningún acuerdo del tipo de relación que se espera entre ellos.

Las familias presentan una serie de conflictos que cristalizan de tal forma que tienden a presentarse sistemáticamente, se presentan de la misma manera o en el mismo orden y tiempo. El drogodependiente genera un tipo de relación tal que cuando la familia exige una solución inmediata y real al problema y aquél actúa o se muestra interesado en cambiar (asegurando, por ejemplo,

que *no va a consumir jamás*) pronto opta por no apoyar o hacerlo de forma parcial, la solución pedida, repitiéndose de nuevo el mismo patrón. Por ejemplo, se busca un centro de tratamiento, se logra convencer al drogodependiente, éste inicialmente, cumple con las exigencias planteadas por la familia, pero a medida que el individuo cambia la familia vuelve a no exigir (dada la *mejoría*), aquél reincide y el ciclo se perpetúa. Todo ello no es más que una importante dificultad que tiene la familia para adaptarse al nuevo papel de la figura del drogodependiente cuando éste deja de serlo.

Desde nuestra práctica podemos señalar algunas características del sistema familiar disfuncional que contribuyen a la falta de crecimiento de sus miembros, a una rigidez y, por ende, a una incapacidad de facilitar una transformación:

- Falta de establecimiento de límites y normas claras o desacuerdo del sistema parental.
- Confusión en la autoridad, bien por exceso o defecto, padres excesivamente autoritarios e inflexibles o padres que se sienten «*colegas*» de sus hijos, sin ejercicio de su rol.
- Falta de comunicación. Dentro de estas familias no existe diálogo abierto para la resolución de problemas, bien porque nunca ha existido o porque se han aprendido formas de comunicación inadecuadas: discusiones, amenazas y descalificaciones continuas. En ocasiones la comunicación se establece entre algunos miembros de los diferentes subsistemas (madre e hijo, padre-hijo a través de la madre, etc.).
- Sentimiento de culpa. Los padres en su mayoría se sienten responsables de los éxitos o fracasos de sus hijos, lo que les lleva a que cuando aparece el problema de la

drogodependencia en algunos de sus miembros se culpabilizan de los fallos que puedan haber tenido en la educación y se preguntan en que pueden haber fallado. Esto les lleva a que sean ellos los que solicitan el tratamiento para el hijo, rogando o seduciéndole para que acepte dejarse «*curar*». Por este sentimiento de culpa la familia suele centrar toda la atención sobre el hijo afectado, olvidándose del resto de los miembros, de su ocio, relaciones sociales, etc., manteniéndose unida la familia a través de lazos de dolor y culpabilidad.

- Por el contrario, nos encontramos con familias que no entienden, y menos aceptan, el problema de la drogadicción, bien por una falta de información de lo que representa el fenómeno, o bien por la angustia y el temor a enfrentarse con el problema.

Tras esto podemos señalar ahora una serie de objetivos ante una intervención sobre el núcleo familiar:

1. Conocer la incidencia de los factores perturbadores que han descompensado el funcionamiento familiar, (identidad, valores y mitos familiares; cambios en el ciclo familiar, capacidad de transformación-respuesta; mecanismos de retroacción social utilizados por algunos de sus miembros).

2. Crear un clima afectivo donde los límites y las normas son necesarias para el desarrollo de actitudes que les ayude a superar sus frustraciones y desarrollar ideas propias, lograr seguridad y autoconfianza todas ellas necesarias para lograr su madurez e independencia.

3. Que la familia adquiera unos hábitos saludables que les permita afrontar todas aquellas situaciones conflictivas que se les planteará a lo largo de su vida, alguna de las cuales tienen que ver con el consumo de drogas.

En consecuencia con estos objetivos pasamos a describir las funciones desarro-

lladas por los trabajadores sociales de los C.A.D.s en el área familiar, teniendo en cuenta que en el tratamiento de las drogodependencias la familia actúa como objeto de intervención y como agente terapéutico del proceso de rehabilitación. Las funciones las estructuramos en tres apartados, interrelacionados entre sí: funciones de conocimiento (necesarias para el estudio y diagnóstico de la situación familiar), de intervención concreta como objeto y agente terapéutico y aquellas de carácter normalizador.

a) Funciones de conocimiento.

- Elaboración de la historia socio-familiar para conocer su estructura y características. Dicha historia contribuirá a conocer el entorno familiar en que vive el toxicómano, el status social de la familia, etc.

- Es importante analizar cuándo y cómo los familiares han detectado el consumo de drogas.

- Conocer el posicionamiento de la familia ante la evidencia del consumo de drogas de alguno de sus miembros.

- Igualmente es conveniente analizar las alteraciones que existen en las relaciones familiares, pues son frecuentes las discusiones y enfrentamientos, prestando especial atención a los sentimientos de rechazo, de no refuerzo de conducta positiva, de autoculpabilidad.

- Asimismo, detectar los obstáculos familiares que impiden el crecimiento y desarrollo del drogodependiente:

- Padres alcohólicos o con trastornos psiquiátricos.

- Situación de indigencia y marginación familiar.

- Prostitución en el seno familiar.

- Actividades delictivas y/o tráfico de drogas.

— Existencia de otros miembros con problema de drogadicción.

- Evaluación de la situación familiar y de los problemas existentes en sus relaciones.

b) Funciones de intervención.

1. La familia como objeto de intervención.

La drogodependencia es un fenómeno que afecta, como hemos visto anteriormente, a todo el conjunto familiar, por tanto, es necesaria una intervención sobre todo el sistema.

- En primer lugar, informaremos de quienes somos y como funcionamos, transmitiendo la gran importancia de la colaboración familiar en el tratamiento. Esta información tiene como fin que la familia ordene y clarifique el proceso terapéutico en el que se va a integrar, frenando a su vez la urgencia con la que suelen acudir, esperando soluciones rápidas y mágicas, haciéndoles ver que el tratamiento se va a desarrollar en el tiempo y con distintas fases de intervención.

- Informando de la globalidad del problema y de su pluricausalidad. Hay padres que intentan analizar que factor familiar ha podido desencadenar la adicción de su hijo; otras veces la familia atribuye la causa únicamente a las amistades. Es necesario situarles en el momento presente y explicarles que ha supuesto para el toxicómano estar en *el mundo de las drogas* y la gran variedad de factores de riesgo que han podido inducirles al consumo.

2. La familia como agente terapéutico. El grupo familiar cumple un papel muy importante, especialmente en los tratamientos urbanos de carácter ambulatorio, por ello nuestra intervención debe ir encaminada a dotarle de los conocimientos y habilidades necesarias para que con su actuación puedan colaborar y contribuir en el proceso te-

rapéutico, o dicho de otra forma, que la familia pueda ser agente y motor de su propio cambio, ya que *un cambio en el sistema familiar puede ser el método más eficaz para cambiar al paciente*⁷.

- Informamos a la familia de lo que comporta el proceso terapéutico como tratamiento biopsicosocial. Para ello es importante que exista un compromiso de la familia y del toxicómano en el inicio del tratamiento en cuanto a establecer unos acuerdos y pactos y dedicar su esfuerzo a llevarlos a término. Nuestra actuación irá encaminada a que entiendan que es básica la motivación del toxicómano y su implicación en el proceso terapéutico: las soluciones no vienen del exterior, es el toxicómano fundamentalmente el que debe poner los medios para salir del problema, con independencia de los recursos que se le puedan facilitar.

- Posibilitar el aprendizaje de pautas terapéuticas y educativas que les ayuden en la relación familiar, mediante:

- Establecimiento de normas: horarios, tareas domésticas, manejo de dinero, acompañamiento, comunicación entre el grupo familiar, etc.

- La creación de un marco de contención externo, en cuanto a relación con otros sujetos o grupos de consumidores.

- Establecimiento de nuevos hábitos tanto familiares como relacionales que faciliten un nuevo estilo de vida.

- Fomentando y reforzando todas aquellas actitudes y actuaciones positivas por parte de la familia que puedan ser modelo a seguir para los hijos y otras familias.

⁷ COLETTI, M. Teoría y Epistemología del Tratamiento. Relación de las Toxicodependencias. Revista Comunidad y Drogas Monografía nº 1. Ed. Mº de Sanidad y Consumo. Madrid, 1987. Pgs: 11-20.

- Otra intervención importante con el grupo familiar sería aquella encaminada a promover la creación de grupos de familiares de aquellos sujetos que abandonan el tratamiento o bien que no tienen deseo de abandonar la droga.

c) Funciones de carácter normalizador.

Considerando la familia como uno de los elementos claves en el proceso de reinserción, las funciones en esta etapa irán encaminadas hacia el logro de un triple y complementario objetivo:

1. Romper el aislamiento familiar que suele llevar asociado la aparición de un problema de drogodependencia.
2. Normalización de la dinámica familiar.
3. Capacitación de la familia como agente normalizador.

Desde este encuadre podemos ir señalando distintas actuaciones:

- Ayudar a recuperar y restaurar hábitos familiares saludables: mejora de la comunicación y diálogo entre todos los miembros; lograr el interés por compartir tareas comunes y tiempo de ocio, etc.

- Aprender a identificar los distintos problemas que interactúan en el grupo familiar y lograr situar el problema de la drogodependencia en su justo punto: romper la focalización absoluta de las precauciones e intereses familiares entre el sujeto drogodependiente que hay en su seno.

- Posibilitar que familia y sujeto, que en la mayoría de los casos tienden a funcionar con exigencias y demandas desproporcionadas y fuera de la realidad, vayan elaborando objetivos y metas propias realistas, es decir, acordes con su situación en el aquí y el ahora, con los recursos y medios de que disponen.

- Interesar a los distintos miembros que componen el grupo familiar en otras actividades al margen de las propias derivadas del proceso de tratamiento (contactos vecinales, actividades lúdicas, culturales y recreativas, asociacionismo, etc.).

- Que la familia entienda y apoye las actividades que ha de realizar el propio sujeto drogodependiente en las últimas fases de tratamiento, sin impedir u obstaculizar su proceso de independencia y maduración (control de miedos y angustias, fantasía de una recaída, asumir la pérdida del protagonismo familiar).

Pensemos que para la consecución de todo ello es necesario que la familia empiece a adaptarse a una nueva exigencia: preocuparse por sí misma, como unidad global, para cumplir su rol de cauce y agente de normalización.

3.3. Funciones en el Area Educativa.

El hecho de que el contacto de los consumidores con las drogas se produzca mayoritariamente en edades tempranas, lleva asociado en un alto porcentaje de casos el fracaso o abandono de los estudios. Consecuentemente, nos encontramos en nuestro trabajo como muchos jóvenes que han interrumpido sus estudios en E.G.B., B.U.P. y Formación Profesional. Asimismo, hemos podido comprobar que en la mayor parte de las familias existe una baja sensibilización y una poca o nula estimulación hacia el estudio y la formación, bien porque la familia carece de ella o bien porque se prioriza la incorporación temprana a un trabajo (que en la mayoría de los casos es de escasa cualificación, cuando no directamente es de carácter marginal).

En este área nuestra intervención irá encaminada hacia:

a) El conocimiento del nivel educativo y formativo obtenido: dificultades habidas, capacidades que presentaba, logros alcanzados, etc.

b) Valoración de la posibilidad de reanudar una formación educativa y/o profesional reglada, estimulándoles y orientándoles hacia ello si así se considera necesario.

c) Motivar al individuo por la realidad educativa y cultural, necesaria para comprender y participar de los acontecimientos de la comunidad en que habita.

3.4. Funciones en el Area Laboral.

Una gran parte de los drogodependientes que atendemos suelen compaginar una actividad laboral, escasamente cualificada con el consumo de drogas. Pero no podemos dejar de tener en cuenta que muchos jóvenes drogodependientes, por su edad de inicio en el consumo de drogas jamás han realizado actividad laboral alguna e incluso, frecuentemente, no poseen ni siquiera los más mínimos conocimientos que les capaciten para ello. El paro y el ocio no deseado, junto a la falta de espacios comunitarios de interés, conlleva no sólo una carencia de medios económicos, sino una importante falta de expectativas, estímulos y motivaciones que van favoreciendo un progresivo deterioro de las habilidades personales, generando un caldo de cultivo adecuado para que se vayan conformando distintos tipos de conductas asociales y antisociales.

Paralelamente debe tenerse en cuenta que también en el medio laboral se registran importantes niveles de consumos de drogas, actuando determinadas características del mismo como desencadenante, coadyuvante o modulador de estos consumos. Existen determinadas características ambientales y organizativas, etc. en los procesos productivos que pueden favorecer los

consumos de drogas (estrés, trabajos peligrosos, rotación horaria, condiciones climatológicas adversas, frustración profesional, inseguridad, etc.), por lo que debemos tener en cuenta para cada sujeto la relación existente entre el consumo de drogas y su realidad laboral.

Las funciones del Trabajador Social en este área irían encaminadas hacia:

- El conocimiento, estudio y valoración de su historia laboral y su situación actual. Es necesario conocer aspectos como la estabilidad laboral, incidentes habidos en el trabajo y su alcance, nivel de responsabilidad en el cumplimiento de las tareas (absentismo, dejación de deberes), cualificaciones laborales, intereses actuales de formación laboral, etc.

- Es importante, asimismo, valorar el papel que el trabajo cumple o puede cumplir en el desarrollo personal del individuo (interdependencia económica, integración social, autoestima, sentimiento de utilidad) y la funcionalidad que el individuo, como trabajador, tiene dentro de su núcleo familiar. Todo ello habrá que relacionarlo con la pertinencia o no de los trabajos a los que tenga o pueda tener acceso, en base a que puedan ser o no considerados como de alto riesgo o favorecedores del consumo.

- La valoración de la conveniencia o no de la incorporación del individuo al mundo laboral o al mercado de trabajo en función del momento en que se encuentre en su proceso de rehabilitación. Esta valoración debe ser trasladada al individuo y su familia y comprendida adecuadamente por ellos, con el fin de evitar que estos tomen decisiones (incorporaciones laborales precipitadas o selección de trabajos no convenientes) que puedan interferir negativamente en el tratamiento.

- La elaboración de un programa básico para la capacitación o incorporación laboral

de aquellos casos en que, considerándose conveniente su incorporación al mundo laboral, el sujeto no disponga de expectativas ciertas o adecuadas de trabajo. Ese programa contemplaría a grandes rasgos y de forma muy general los siguientes aspectos:

— Orientación laboral básica hacia aquellos trabajos o actividades que se adecuen mejor a las necesidades y características del sujeto, siguiendo criterios realistas de idoneidad.

— Motivación del sujeto hacia la necesidad de una formación o capacitación laboral previa y orientada hacia el desempeño de un trabajo remunerado de carácter normalizado.

— Información y orientación (no gestión) hacia recursos prelaborales o laborales existentes, estimulando y facilitando su inclusión en ellos (talleres prelaborales, cursos del INEM, cursos del Instituto Municipal para el Empleo y la Formación Empresarial, cursos de habilidades sociales y búsqueda de empleo, etc.).

— Seguimiento de la evolución del sujeto en su reincorporación a una vida social activa.

3.5. Funciones en el Area Relacional y de Ocupación del Ocio y el Tiempo Libre

Un número muy importante de los adolescentes y jóvenes hacen de la calle un punto de encuentro fundamental. En ella se relacionan con sus iguales, se divierten o simplemente dejan pasar el tiempo. También en la calle hacen frente a los conflictos familiares, a las dificultades económicas y de todo tipo que representa el enfrentarse a la vida de los adultos, y en ella también tienen lugar los primeros contactos con las drogas.

La calle es también el lugar de encuentro con el grupo de amigos, y es en el grupo

donde se ha iniciado los primeros consumos de drogas, facilitados por la presión que éste ejerce sobre sus integrantes⁸, y desde donde se perpetua su consumo. Pero lo que en un principio se muestra o vive el individuo como elemento «facilitador» de relaciones sociales (facilita el sentimiento de pertenencia a grupo o el sentirse «algo» en el grupo), se vuelve pronto como elemento inhibitor en cuanto a las potencialidades del individuo para relacionarse con el exterior y desarrollarse en él. A menudo observamos entre los usuarios atendidos como cuanto mayor es el tiempo de consumo, mayor es el proceso de aislamiento y de deterioro de las capacidades personales, fundamentalmente en el aspecto relacional (tanto en el marco familiar, laboral o de amistades), produciéndose un profundo empobrecimiento en las capacidades de comunicación, tanto verbal como de sentimientos y afectos.

Paralelamente se aprecia un profundo desconocimiento en cuanto a como utilizar de una forma positiva, creativa y enriquecedora del tiempo de ocio, que se concibe casi exclusivamente como espacio para la diversión. La diversión se va a identificar con un «estado de descontrol» que va a obtenerse fácilmente a través del consumo de sustancias. Divertirse es «colocarse» y si uno no se «coloca» difícilmente puede divertirse. De este modo, diversión-descontrol-consumo de drogas aparece como una triada difícil de romper.

Desde el quehacer diario observamos que los usuarios con los que trabajamos, ya en sus etapas críticas de adolescencia, presentan un gran vacío en cuanto a actividades de ocio. Tanto en su familia como fuera de ella, se han potenciado poco las actividades

⁸ COMAS, D. Las Drogas. Guía para medidas Juveniles. Instituto de la Juventud. Madrid, 1992. Pgs: 45-59.

recreativas, el fomento de aficiones y lo que es peor, no se aprecia la importancia que ello puede tener en la vida de una persona. El disfrute del ocio y el tiempo libre queda focalizado en pasar el tiempo en lugares y ambientes que son propensos a la monotonía y pasividad, escasos de creatividad. Es en estos ambientes también donde hay mayor proclividad al consumo de drogas.

Un número importante de los drogodependientes que atendemos presentan una antigüedad y un nivel en su historia de consumo parejo a un proceso de marginación ampliamente desarrollado, presentando, tanto ellos como sus familias, serias dificultades y carencias relacionales a todos los niveles, así como una importante desestructuración personal, un bajo umbral de frustración y una pérdida de autoestima. Con ello los individuos han de enfrentarse a lo que denominamos «cambio de estilo de vida» y ello en un contexto sociocultural no ajeno al etiquetaje y al rechazo social.

La decisión de abandonar el consumo de drogas impone adoptar importantes cambios en el tipo de vida que realiza el drogodependiente: en las formas con que uno se relaciona, en las personas con quienes mantienen contacto, en los ambientes que se frecuentan, en las actividades que se realizan. Todo ello con el objetivo de que paralela y progresivamente se vayan produciendo cambios internos y de actitudes más profundas. Por esta razón la intervención en este área es de suma importancia, ya que va a suponer el favorecer una «resocialización», el ir reconstruyendo un mundo de relaciones y un disfrute del ocio y el tiempo libre nuevo y diferente, al margen de conductas directamente asociadas al consumo de drogas. Las funciones y medidas a desarrollar en este área irían encaminadas a fundamentar el proceso de incorporación progresiva a un nuevo estilo de vida y a lo que venimos

en llamar proceso de reinserción social. Así podemos destacar:

- Conocimiento y análisis del individuo en lo que respecta a sus relaciones sociales (grupos de amigos, familia, escuela, trabajo, barrio). Se trata de ver si tuvo grupo de amigos o si lo tiene, el consumo de drogas en el grupo, las actividades principales de su grupo de amigos, con su pareja, etc. Analizar como son las relaciones del individuo y su familia con el entorno comunitario, si conocen y usan los recursos de zona, si mantienen relaciones sociales y vecinales, si participan o han participado en actividades asociativas, etc. Asimismo, es importante conocer cuales han sido y son las aficiones e intereses del usuario, así como en que emplea él y las personas con quienes se relaciona su tiempo libre.

- Conocer los recursos, dispositivos y actividades que puedan cumplir un papel importante en éste área con el fin de poder establecer los cauces adecuados de relación entre estos y nuestros usuarios.

- Sensibilizar, modificar y favorecer el abandono del ambiente y círculos de amistades relacionados con el consumo de drogas, estimulando los canales y actividades que puedan favorecer el conocimiento de nuevas personas o la reanudación de amistades abandonadas y que estén al margen del consumo.

- Sensibilizar a la familia y procurar cambios de actitudes en ésta frente al miembro drogodependiente, entrenándoles en la apreciación de sus cambios, valorando sus transformaciones y estimulándoles a la asunción de nuevas responsabilidades, favoreciendo así una elevación de su nivel de autoestima.

- Propiciar el desarrollo de determinadas habilidades de comunicación (diálogo, escucha) y de toma de decisiones propias y autónomas frente a la presión social de gru-

po (saber decir que no, mantener sus criterios de abstinencia frente a otros, etc.).

- Sensibilización sobre la importancia de disponer de una ocupación creativa del tiempo libre individual y familiar, dando pautas sobre ello y ayudando a organizar y programar el tiempo libre del drogodependiente y su familia. Se trata de hacer uso de alternativas de ocio, de actividades lúdicas y creativas que potencien y enriquezcan el mundo de relaciones y el desarrollo personal.

- Estimular y facilitar el ingreso de la población atendida en recursos normalizados.

- Establecer cauces de coordinación con los recursos y personal voluntario que de forma más o menos asidua pueden colaborar en este área.

Todas estas funciones tendrían como objetivo final la creación de una nueva red de relaciones sociales y la progresiva instauración de un nuevo estilo de vida.

3.6. Funciones en el Area Jurídico-Legal

El consumo abusivo de drogas aparece asociado con relativa frecuencia a la comisión de actividades delictivas. La necesidad de financiar consumos cada vez más importantes de sustancias con un elevado precio en el mercado, determina que un elevado porcentaje de usuarios atendidos en los servicios asistenciales presenten alguna incidencia de carácter legal —un 48% en el caso de la red asistencial dependiente del Ayuntamiento de Madrid—⁹. En general se trata de delitos contra la propiedad, hurto, robos con intimidación, etc.) o por tráfico de drogas a pequeña escala, en los que el drogodependiente pasa a convertirse en traficante/distribuidor, con el fin de financiarse su propio consumo.

Hoy existe la filosofía ampliamente aceptada de que a aquellos drogodependientes

que tienen problemas con la justicia se les faciliten los medios para intentar llevar a cabo un proceso de rehabilitación, tratando de evitar especialmente que aquél que ingrese en prisión agudice su deterioro y proceso de marginación. En la práctica podemos detectar algunas dificultades para llevar a cabo esta filosofía:

- A veces las posibilidades reales que existen para favorecer la rehabilitación de los penados se reducen, ante la ausencia de permisos para realizar tratamiento fuera de la cárcel.

- Inquietud por la lentitud de los procesos judiciales, lo que perjudica seriamente a aquellos drogodependientes que están en proceso de rehabilitación y también indirectamente a aquellos otros que al haber acumulado varios delitos no pueden acogerse por reincidencia al beneficio de la remisión condicional de la pena.

- Necesidad de regular la sustitución de la prisión preventiva por el ingreso en un centro de rehabilitación (computando el tiempo a efectos de cumplimiento de la condena), tal como está regulado para los penados de tercer grado, que así consiguen el cumplimiento de la pena en instituciones extrapenitenciarias adecuadas.

- Necesidad de ajustar las actuaciones terapéuticas a los penados, lo que exigiría entre otras cosas: la homologación de los tratamientos alternativos, la acreditación de los centros de tratamiento donde pudieran desarrollarse estos y el establecimiento de cauces adecuados de información y coordinación entre las instituciones judiciales y penitenciarias y los centros de tratamiento.

⁹ Plan Municipal Contra las Drogas. Memoria 1993. Ed. Area de Servicios Sociales del Ayto. de Madrid. Madrid, 1994. Pg. 81.

— Dudas sobre la incidencia que en la evolución de un tratamiento puede tener el carácter realmente coercitivo de éste, ya que su abandono le conduce irremediablemente al cumplimiento de la pena en un centro penitenciario. Ahora bien, el hecho de que el sujeto no acuda de una forma voluntaria al tratamiento no nos debe hacer pensar que esté llamado irremediablemente al fracaso, puesto que cubre como tal necesidades reales del individuo drogodependiente que seguramente no cubriría el centro penitenciario.

— Por último, señalar que tanto las instancias judiciales, como las propias familias e incluso los drogodependientes, tienden a ver como únicos centros alternativos a la prisión aquellos que tienen la característica de ser de régimen cerrado (Comunidades Terapéuticas), sin valorar suficientemente el papel de los centros de tratamiento de medio urbano.

Por regla general los casos más comunes con problemas legales que acuden a los C.A.D.s son:

1. Personas con juicios pendientes que se encuentran en libertad provisional.
2. Personas con remisión condicional de la pena (Art. 93 bis del Código Penal).
3. Penados clasificados en tercer grado (Art. 57.1 RD de 26 de Marzo de 1984).
4. Personas que han sido detenidas y no han sido encausadas, que son derivadas por los equipos de asesoramiento en drogodependencias de los Juzgados.

5. Cumplimiento sustitutorio de pena en centro de tratamiento alternativo a la prisión (Arts. 8.1. y 9.1. del Código Penal).

6. Los beneficiarios del Art. 60 del Reglamento de Instituciones Penitenciarias (enfermos terminales de SIDA que se encontraban cumpliendo condena).

El contenido de las funciones de este área sería el siguiente:

- Conocimiento de la organización judicial, legislación y reglamento penitenciario relacionados con la problemática de drogodependencias.
- Conocimiento y coordinación de los recursos externos relacionados con esta problemática: departamentos de Trabajo Social Penitenciario, comisiones de Asistencia Social, programas de Intervención en los Juzgados de Guardias, comisiones de clasificación, equipos de tratamiento de toxicomanías penitenciarios, etc.
- Valorar la incidencia que su situación jurídico-penal tiene sobre su motivación frente al inicio del tratamiento y su posterior desarrollo.
- Informar y poner en contacto a las familias con los recursos externos especializados para su orientación y asesoramiento.
- Facilitar pautas a la familia en su relación con el drogodependiente interno en prisión y preparar el retorno al medio familiar y social cuando se produzca la situación de libertad.

M^a MERCEDES ALONSO MARTÍNEZ. *Especialista en Medicina Interna*
M^a JESUS ANTORANZ GONZÁLEZ. *Diplomada Universitaria en Enfermería*
LUCÍA MORÁN PASTOR. *Diplomada en Trabajo Social*
FÉLIX JOSÉ MORA GRÍO. *Especialista en Medicina Familiar y comunitaria*
M^a JOSÉ SANTELESFORO NAVARRO y M^a ISABEL BRAVO MARTÍN.
Residentes de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

APOYO A LA POBLACION ANCIANA DESDE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Introducción y objetivos

El Municipio de Móstoles está ubicado al Sur-Oeste de Madrid capital. Es un prototipo de ciudad dormitorio con población de nivel socioeconómico medio-bajo y que ha experimentado en los últimos años un crecimiento demográfico notable (un 47% en 6 años, 1985-1991). La población ≥ 65 años censada representa un 4,9% de la población total (1991).

Dadas las características propias de la población anciana, la respuesta que ha de ofrecer la Atención Primaria (AP), entendida a través de la declaración de Alma-Ata¹ y teniendo en cuenta las políticas sociales actuales hemos visto necesario realizar este análisis en nuestra comunidad.

La política actual de atención a la tercera edad, tanto desde el Ministerio de Asuntos Sociales² como de la Comunidad Económica Europea³, va encaminada a que sea zonificada e insertada, con el fin de que el anciano se desenvuelva en el contexto donde vive. De manera que una de las estrategias de la Atención Primaria debe dirigirse a capacitar a los ancianos para que vivan de

manera independiente en el seno de su propia familia y su comunidad durante todo el tiempo que sea posible, en lugar de excluirlos y segregarlos de las actividades de la sociedad⁴⁻⁵. Es decir, ayudar al anciano a que desarrolle sus funciones eficazmente en el medio que desee⁶, coordinando todos los servicios disponibles formando verdaderas redes. Las recomendaciones realizadas por el Colegio de Médicos Británico⁶ acerca de los procedimientos que debe desarrollar la AP en la población anciana son: Identificar a la población asignada y revisar sus historias clínicas; detectar nuevas necesidades de cuidados, y crear un sistema de coordinación con las organizaciones implicadas en su atención.

Para que el anciano cuente con un estado de salud deseable, es preciso que disponga de autonomía. El deterioro en alguna de sus capacidades repercute en el resto. Más importante aún, la atención a la enfermedad o a la problemática social restaura la capacidad a cada nivel⁷. De todas las áreas relativas a la capacidad funcional, la concerniente a la capacidad de autocuidarse, evaluada generalmente a través de las activi-

dades de la vida diaria, es probablemente la más importante. Esta capacidad no solo está relacionada con la salud física y mental sino que determina gran parte del bienestar social. La discapacidad funcional es frecuente en los ancianos⁸⁻⁹, estando demostrado que los ancianos con enfermedad seria o discapacidad generalmente necesitan un sistema de apoyo para permanecer en la comunidad¹⁰. Por otra parte, en la población anciana hay necesidades de salud no referidas¹¹⁻¹² y no detectadas¹³. El hecho de que esta población tenga una tasa de contacto alta con los servicios sanitarios no garantiza la detección de las discapacidades no referidas por el paciente e indica la necesidad de evaluaciones sanitarias con un contenido definido y consensuado⁶.

Nuestro objetivo general es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas ≥ 65 años de nuestra Zona Básica de Salud. Para ello no solo nos proponemos tener un conocimiento global del paciente, sino que identificamos aquellas áreas de cada individuo en que se presentan problemas resolubles. Una vez identificada el tipo de necesidad, canalizamos al paciente a los recursos sociales y sanitarios disponibles. Por último introducimos de modo sistemático la valoración funcional en toda persona ≥ 65 años que se nos asigne a cada consulta médica.

Material y métodos

Universo muestral: Personas ≥ 65 años residentes en las unidades familiares, adscritas a una consulta médica del Equipo de Atención Primaria «San Fernando I» de Móstoles (Madrid).

Población a estudio: Todos los individuos ≥ 65 años de edad que hemos identificado a través de los que han demandado servicios médicos en el periodo comprendido entre el

1 de enero 1989 y 1 de enero 1992, que siguen asistidos y que no estén institucionalizados, siendo un total de 88 personas.

Fuente de información: La identificación de la población a estudio la hacemos en base a los datos recogidos en el programa SICAP¹⁴ de usuarios de la Zona Básica de Salud (ZBS).

Instrumento de medida: Es una encuesta basada en las realizadas en la Comunidad de Madrid¹⁵ y en Barcelona¹⁶. Ambas utilizan para medir la capacidad funcional la escala de actividades de la vida diaria (AVD) de Katz modificada¹⁷.

Hemos incluido la información sociodemográfica, así como la información sobre morbilidad percibida, problemas sensoriales y de masticación, hábitos relacionados con la salud y capacidad funcional.

La autopercepción de la salud la evaluamos con la pregunta ¿Cómo diría usted que es su salud en general: muy buena, buena, regular, mala o muy mala?¹⁸.

Los accidentes sufridos durante el año anterior a la entrevista incluyen caídas, quemaduras, golpes, intoxicaciones y accidentes de tráfico.

Los problemas sensoriales los evaluamos a través del grado de dificultad para oír una conversación normal, leer/coser, o reconocer a una persona al otro lado de la calle; los problemas dentales según la dificultad para masticar los alimentos. La capacidad funcional la evaluamos a través de la dificultad y el grado de la misma al realizar 10 actividades de la vida diaria (AVD) básicas (caminar, afeitarse o peinarse, sentarse o levantarse, bañarse o ducharse, ir al lavabo, cortarse las uñas de los pies, vestirse o desvestirse, comer, subir escaleras y salir a la calle) y 4 AVD instrumentales (cocinar, hacer la compra, manejar el dinero,

usar el teléfono)¹⁹⁻²⁰. Recogemos información sobre la ayuda personal que reciben y para operativizarla dividimos las AVD en diarias y no diarias, incluyendo en cada una lo mostrado en la Tabla 1.

La definición de autonomía la realizamos siguiendo los criterios de Katz²¹. Consideramos que una persona es independiente o autónoma cuando es capaz de realizar por sí sola estas 6 AVD (el aseo, el baño, andar, vestirse y desvestirse, comer y la continencia de esfínteres); consideramos que tiene una incapacidad leve cuando no puede realizar una o dos de estas actividades siendo una de ellas el aseo; y que padece una incapacidad moderada-severa en cualquier otra situación. Nos basamos en los estudios de Kane²² para la valoración de las actividades sociales y de relación, dado que es un sistema evaluado²³.

La encuesta ha sido realizada por el médico, el personal de enfermería y la trabajadora social y efectuada en el Centro de Salud, o en el domicilio del paciente en el caso de no poder movilizarse o considerar los autores la conveniencia de conocer el contexto de su medio familiar.

Resultados

Descripción de la Población

La población que atendemos tiene más mujeres (56,8%) que varones (43,2%) estando muy representado el grupo de población ≥ 80 años (24 personas, 27%), Tabla 2. Los viudos y solteros representan el 39% de la población a atender (34 individuos), predominando esta situación en las mujeres (27, el 54% de ellas).

Casi la mitad de la población (43%) es analfabeta o sabe leer o escribir rudimentariamente. Es muy notable la diferencia en el grado de escolarización entre varones y

mujeres dado que más de la mitad de éstas, solo saben firmar y el 95% (45) no ha realizado estudios primarios completos.

La mitad de la población (51%) reside en este municipio por razones familiares, sobre todo el grupo de edad ≥ 80 años. Una cuarta parte (28%) reside porque sus ingresos no le permiten hacerlo en otros lugares deseados.

Nueve personas viven solas (10%), siendo todas mujeres. Nuestros ancianos tienen contactos limitados con su medio social.

El 56% de la población encuestada (49 personas) refiere que sus ingresos cubren sus necesidades regular o mal. Y dos tercios de la población (58 personas) vive en una vivienda en régimen de propiedad, la mayoría de ellos pagándola (81%, 47 de 58).

Las viviendas reúnen unas condiciones higiénico-sanitarias aceptables, excepto en 3 personas que pertenecen al núcleo rural.

El 36% de los encuestados (32 personas) tienen una autopercepción de salud regular o mala, y el 43% (38 personas) declaran tener limitación crónica de su actividad diaria. Observamos peor sensación subjetiva de salud y más limitación crónica de actividad en las mujeres, sin claro empeoramiento en la población ≥ 80 años (Tabla 3). Dos de cada tres accidentes los han sufrido las mujeres, y casi 1 de cada 3 las personas ≥ 80 años de edad.

Actividades de la vida diaria (AVD)

Tal como describimos en la metodología las AVD las hemos agrupado en tres áreas: Aseo y cuidado personal, tareas domésticas, y relación con el mundo exterior.

La población atendida se desenvuelve en general bien en relación con las AVD englobadas en el aseo y cuidado personal. Des-

tacamos las 22 personas (25%) que no son capaces de bañarse solas y las 16 personas (18%) que no son capaces de tomar solas sus medicinas. El empeoramiento se observa claramente en el grupo de edad ≥ 80 años. Una cuarta parte de la población estudiada no es capaz de realizar las tareas domésticas, predominando esta situación en los varones y en los ≥ 80 años. Casi una cuarta parte no son capaces de desenvolverse por sí solos para realizar las tareas englobadas en las AVD fuera del hogar, con predominio de mujeres y ancianos ≥ 80 años.

Necesidad de ayuda para la realización de las AVD

La prestación de servicios es más funcional clasificarla, teniendo en cuenta la frecuencia con que se requiere la ayuda. Por este motivo, las tres áreas previamente definidas las hemos subdividido en diarias y no diarias. Globalmente dos tercios de nuestra población precisa ayuda para sus AVD (Tabla 4).

En las actividades diarias, destaca la necesidad de ayuda para realizar las tareas domésticas. La observamos en 1 de cada 3 ancianos, predominando en los varones. Uno de cada 10 ancianos precisa ayuda para su aseo y cuidado personal así como para el uso del teléfono (Tabla 5).

En las actividades no diarias, uno de cada tres ancianos necesita ayuda en las actividades relacionadas con el medio exterior, seguido muy de cerca de las tareas domésticas y en último lugar en el aseo y cuidado personal, predominando en las mujeres para aseo y cuidado personal y actividades fuera del hogar. Es alta en ambos sexos para tareas domésticas, representando globalmente el 41% (Tabla 5).

Persona que presta la ayuda

Dado que la estabilidad y otras características de la ayuda dependen en parte de la persona que se la presta (tanto por el vínculo familiar como si es parte de la unidad de convivencia) analizamos quién les presta la ayuda y para qué AVD. Cinco varones (20% de los que precisan ayuda) y 12 mujeres (40%) se la ofrece una persona amiga o familiar que no vive en el domicilio, es decir las mujeres obtienen la ayuda de vínculos menos próximos (Tabla 6 y 7).

Todos los varones que precisan ayuda para alguna AVD²⁵ la tienen. Cuatro mujeres de las 30 que la precisan no tienen a nadie. La necesidad que tienen estas 4 mujeres es 1 para el aseo no diario (baño y cortarse las uñas de los pies) y 3 para actividades de fuera del hogar (caminar 1 hora, subir 10 escaleras, administrar su propio dinero o tomar un transporte público).

Incapacidad funcional de las personas ≥ 65 años

El 77% de la población a estudio es independiente. Un 6% padece una incapacidad moderada-severa y un 17% una incapacidad leve (Tabla 8). Es decir, casi una cuarta parte de la población padece algún tipo de incapacidad. La incapacidad predomina en las mujeres, presentándola un 30% de las mismas, frente a un 13% en los varones (Tabla 9). Y como era de esperar, es más importante en los ≥ 80 años.

Todos los ancianos con pérdida de autonomía de nuestra población conviven con alguien y tienen una persona que les presta la ayuda.

Las personas ≥ 65 años con pérdida de la autonomía tienen una autopercepción de salud peor, y una limitación crónica de actividad mayor que los ancianos independien-

tes (Tabla 10). Este subgrupo de población que ha perdido la autonomía está descrito en una publicación previa²⁴.

Expectativas presentes y futuras

a) Autopercepción de ayuda ante una enfermedad.

Personas que no pertenecen a la unidad de convivencia han prestado ayuda a un cuarto de la población anciana (16 personas) cuando ha estado enferma en el último año. Hemos detectado a 4 personas que estuvieron desasistidas a este respecto. No hay diferencias clínicamente significativas entre el grupo de ancianos independientes y el grupo con pérdida de la autonomía (Tabla 11).

b) Autopercepción de ayuda ante necesidades futuras

Un anciano de cada tres, no tiene el sentimiento de ayuda indefinida en el caso de precisarla y un 10% de nuestras personas mayores creen no tener a nadie, predominando en el grupo de ancianos que ahora son independientes (Tabla 12).

c) Necesidad percibida no resuelta.

Declaran no precisar nada 1 de cada 2 ancianos independientes, y 1 de cada 4 de los ancianos que han perdido su autonomía. El tipo de necesidad percibida lo mostramos en la Tabla 13, destacando la solicitud de ayudas económicas y de actividades de ocio por los ancianos sin autonomía.

Con todo lo expuesto y teniendo presente que la atención al anciano debe ser individual y personalizada, elaboramos un documento de trabajo que nos permite identificar las áreas en que cada individuo precisa ayuda, la cobertura de la misma y la estabilidad y continuidad a corto plazo, tal como expresamos en la Tabla 14.

Discusión

La estructura etaria de nuestra población anciana es particular, dado que hay más ancianos ≥ 80 años que los esperados, hay tantos varones ≥ 65 años como mujeres, y a medida que avanza la edad, la proporción de varones no disminuye del modo esperado²⁵⁻²⁶. Esta estructura de la pirámide poblacional de las personas ≥ 65 años nos hace pensar que la población joven que vive en esta ciudad dormitorio hace de aglutinante a un porcentaje elevado de los viejos más añosos. Esta idea está apoyada por: a) la mayoría de las personas ≥ 80 años (84%) residen en esta localidad por razones familiares, b) globalmente nuestra población y sobretodo los mayores de 80 años tienen limitada su capacidad funcional medida por las AVD, con lo que precisan más ayuda.

Las características sociodemográficas y económicas de la población estudiada son similares a los estudios realizados en la población de la Comunidad Autónoma de Madrid¹⁵ y en la población española²⁷⁻²⁸, excepto en que tenemos una menor proporción de personas que viven solas, probablemente ligado a que en gran parte el motivo de residencia en este municipio de este grupo de población es por razones de apoyo familiar.

La autopercepción de salud de nuestros ancianos es similar (60,3%) a la de Ruigómez y cols¹⁸, y algo superior a los resultados de los estudios procedentes de la Encuesta Nacional de Salud²⁹ del Centro de Investigaciones Sociológicas²⁸ y la Comunidad Autónoma de Madrid¹⁵.

La sensación de bienestar de los ancianos es mayor que su limitación de actividad. Probablemente estas personas aceptan ciertos síntomas y procesos crónicos como propios del envejecimiento, más que de procesos mórbidos^{18,30-31}.

La importancia de los accidentes en este grupo de edad viene dado porque constituyen la 7ª causa de muerte; el 10% de las altas hospitalarias son por esta causa; y el 28% de los fallecidos pertenecen a este grupo de edad³². El 16% de nuestra población ha sufrido algún accidente, predominando en mujeres y en ≥ 80 años, al igual que en la Comunidad Autónoma de Madrid¹⁵.

La capacidad funcional valorada por las AVD es algo menor en nuestra población que en los estudios revisados sobre población no institucionalizada española^{15,18,27-28}. Probablemente este hecho es debido en parte, al método de identificación de la población (personas que han acudido por lo menos una vez a consulta médica) dado que el uso de servicios está relacionado con la presencia de incapacidad y en parte a que una proporción de nuestros viejos vienen a residir a nuestro municipio por la propia necesidad de ayuda.

La salud social se mide por los lazos familiares e interpersonales y la participación en la comunidad. En algunos estudios se ha observado que a mayor actividad social mayor calidad de vida³³. Sin embargo, nos queda por determinar si el hecho de que las personas estén más sanas es lo que las hace capaces de participar en más actividades sociales, o si por el contrario son las actividades las que les mantienen más saludables⁹.

Nos ha interesado conocer quién es la persona que les presta la ayuda, dado que los cuidadores fundamentales son aquellos que ofrecen los cuidados día a día y no las personas que viven lejanos o van a atenderles esporádicamente. Observamos que la familia conviviente es la principal fuente de apoyo y el centro de actividad de la mayoría de los ancianos³³. Las cuatro personas que obtienen la ayuda fuera de su núcleo de convivencia son mujeres y esto pue-

de deberse a la existencia de un menor número de varones y al papel que ha tenido asignado el varón en el ámbito familiar, es decir, la exclusión de tareas domésticas y cuidado de los miembros del núcleo familiar³⁰. Estas personas se sostienen mediante redes entrelazadas, de «sistemas sencillos de apoyo» formado por parientes, vecinos y amigos que facilitan el contacto social y a veces la asistencia necesaria para la salud o al menos para la autonomía.

Todos nuestros ancianos con pérdida de autonomía viven con alguien y tienen una persona que les ayude. Comparativamente hablando estos ancianos tienen resueltas estas dos situaciones mejor que otros grupos poblacionales semejantes^{18,27,28,30}.

Uno de los objetivos del estudio es captar a las personas ≥ 65 años y especialmente a los que necesitan más apoyo. En primer lugar hemos vehiculizado a los recursos sociales y sanitarios disponibles en nuestra comunidad, a las 4 mujeres que en el momento actual no tienen a nadie que les ayude para las AVD que precisan. En segundo lugar tenemos captada a un subgrupo a riesgo, definido porque no han tenido ayuda cuando han estado enfermos, porque tienen la percepción de no tener persona que le preste la ayuda a corto plazo, o bien porque la estabilidad de la misma es deficiente. Estas características que hemos definido son semejantes a las identificadas por la OMS⁹ que dan prioridad al sentimiento de soledad en la definición de ancianos a riesgo (viudos recientes, solteros, viven solos, sin hijos, aislados socialmente, uno de los cónyuges gravemente enfermo).

Limitaciones del estudio:

1) Inherentes a la identificación de la población. Dado que partimos de población usuaria, es posible que no conozcamos a toda nuestra población asignada, pero teniendo en cuenta que: a) a medida que au-

menta la incapacidad aumenta el consumo de recursos sanitarios¹⁵ y b) que la consulta lleva más de 4 años de funcionamiento, asumimos que han contactado con los servicios sanitarios la mayoría de la población anciana y todos aquellos con algún grado de incapacidad.

2) El concepto de autonomía lleva implícito la definición del contexto sociocultural de la comunidad en que se desenvuelve la persona. De cualquier manera en nuestro entorno está aceptado el uso de las 6 actividades de la vida diaria definidas en la metodología.

3) Existe discusión acerca del significado de las respuestas a las escalas que miden el estado de salud. Se cuestiona si reflejan las condiciones biológicas del cuerpo o si reflejan más el estado anímico o psíquico del entrevistado. Otros factores descritos asociados a una evaluación positiva o negativa del estado de salud son: la autoestima del individuo, un nivel alto de actividad y el mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias. Sin embargo los factores más decisivos sobre la evaluación de un individuo acerca de su salud son, sin duda, la presencia real de enfermedad y la forma en que ésta la incapacita para mantenerse independiente. Para algunos autores³⁴ el estado subjetivo de salud es el mejor predictor para la mortalidad a largo plazo y el segundo más importante después de la edad, para la mortalidad precoz, mejor incluso que la evaluación «objetiva» del médico.

4) Nuestros resultados no pretenden tener validez externa. Esto se debe al propio objetivo de los estudios comunitarios, que no solo quieren obtener información sino que además pretenden la identificación de personas con el propósito de ofrecerles una intervención³⁵.

Conclusiones

1. Dado que nuestro objetivo es mantener al anciano en su medio habitual, elaboramos un documento de trabajo, que incluye información que nos permite identificar a los individuos que no pueden llevar a cabo determinadas Actividades de la Vida Diaria, que afectan a su calidad de vida.

2. Implicar en este tipo de valoración funcional de los ancianos a los profesionales de la Atención Primaria de Salud, dado que hay necesidades no referidas y no detectadas que tienen repercusiones sobre la calidad de vida y sobre el bienestar de este grupo de población. La respuesta de la Atención Primaria de Salud debe verse en el contexto de otros servicios disponibles en la comunidad y desde un punto de vista operacional y no estratégico. Se trata de utilizar mejor los recursos existentes priorizando los que más lo necesitan (equidad según necesidad).

3. La atención al anciano mejora en calidad cuando sus problemas son manejados en el seno de un equipo de profesionales que trabajan interdependientemente en la misma dirección e interactúan formal e informalmente. Empezar a prestar servicios a los ancianos que no estén fragmentados, ni superpuestos ni variables de modo que la coordinación y las áreas de aplicación sean coterminales. Esta ventaja nos la presta la introducción del trabajador social en el Equipo de Atención Primaria. Dado que en la edad avanzada todos los problemas de salud tienen implicaciones sociales, el trabajador social es una parte imprescindible del equipo geriátrico, tanto para la búsqueda y provisión de medios que permitan al paciente permanecer en la comunidad como, si llegase el caso, para proveer acomodo alternativo.

TABLA 1

AVD	DIARIAS	NO DIARIAS
Aseo y cuidado personal	<ul style="list-style-type: none"> • levantarse y acostarse. • comer solo • vestirse y desnudarse • peinarse o afeitarse • quedarse solo por la noche • tomar sus medicinas 	<ul style="list-style-type: none"> • baño • cortar uñas
Domésticas	<ul style="list-style-type: none"> • preparar la comida • fregar los platos 	<ul style="list-style-type: none"> • lavar ropa • fregar suelos • coser botón
Relaciones medio social	<ul style="list-style-type: none"> • utilizar el teléfono 	<ul style="list-style-type: none"> • andar 1 h • subir 10 escaleras • coger autobús • comprar comida • admin. dinero

TABLA 2
Características demográficas
Distribución por edad y sexo

G. EDAD	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
65-69	11	29,0	18	36,0	29	32,9
70-74	8	21,0	8	16,0	16	18,2
75-79	8	21,0	11	22,0	19	21,6
≥ 80	11	29,0	13	26,0	24	27,3
TOTAL	38	100	50	100	88	100

TABLA 3
Autopercepción de Salud
y
Limitación Crónica de Actividad

LIMITACION CRONICA DE ACTIVIDAD	S A L U D —GLOBAL—			
	Buena	Regular	Mala	Total
Nada	44	6	0	50
Algo	9	7	0	16
Bastante	3	14	5	22
Total	56	27	5	88

LIMITACION CRONICA DE ACTIVIDAD	S A L U D —VARONES—			
	Buena	Regular	Mala	Total
Nada	24	1	0	25
Algo	5	3	0	8
Bastante	2	1	2	5
Total	31	5	2	38

LIMITACION CRONICA DE ACTIVIDAD	S A L U D —MUJERES—			
	Buena	Regular	Mala	Total
Nada	20	5	0	25
Algo	4	4	0	8
Bastante	1	13	3	17
Total	25	22	3	50

TABLA 4
Ancianos con necesidad de Ayuda para las AVD

	Varones	Mujeres	Total
Necesitan ayuda	25 (66%)	39 (60%)	55 (62%)
No necesitan ayuda	13 (34%)	29 (40%)	33 (38%)
Total	38 (100%)	50 (100%)	88 (100%)

TABLA 5
Ancianos con necesidad de Ayuda

A) DISTRIBUCION POR SEXO

Necesidad de ayuda	Varones N=38	Mujeres N=50	Total N=88
— Diarias:			
Aseo	4 (10%)	9 (18%)	13 (14%)
T Domésticas	19 (50%)	10 (20%)	29 (33%)
Teléfono	5 (13%)	5 (10%)	10 (11%)
— No diarias:			
Aseo	8 (21%)	18 (36%)	26 (29%)
T Domésticas	20 (53%)	16 (32%)	36 (41%)
Fuera del hogar	12 (31%)	25 (50%)	37 (42%)
Total personas con necesidad ayuda	25 (66%)	30 (60%)	55 (63%)

B) DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

Necesidad de ayuda	65-69 N=29	70-74 N=16	75-79 N=19	≥80 N=24	Total N=88
— Diario:					
Aseo	2	3	1	7	13 (14%)
T Domésticas	7	5	4	13	29 (33%)
Teléfono	1	0	1	8	10 (11%)
— No diario:					
Aseo	5	5	3	13	26 (29%)
T Domésticas	5	6	7	18	36 (41%)
Fuera del hogar	8	6	7	16	37 (42%)
Total personas con necesidad de ayuda	14 (48)	9 (56)	12 (63)	20 (83)	55 (63)

** Entre paréntesis el porcentaje de población que necesita ayuda sobre el total de cada grupo de edad para cada conjunto de AVD.

TABLA 6
Ancianos que necesitan de Ayuda para sus AVD
Personas que prestan la ayuda

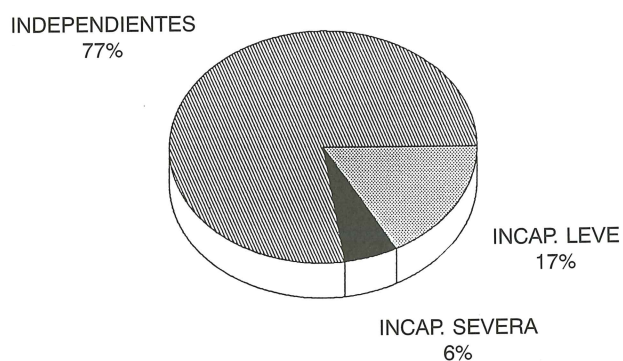
	Varones N=38	Mujeres N=50	Total N=88
Esposo/a e hijos	18	10	28
Familiar o amigo	5	12	17
Asistentas	2	4	6
Nadie	0	4	4
Total de personas que necesitan ayuda para sus AVD	25 (28%)	30 (34%)	55 (62%)

TABLA 7
Ancianos con necesidad de ayuda para las AVD
Tipo de necesidad y persona que presta la ayuda

VARONES N=38				
	Esposa hijos	Familiar amigo	Asistente	Total
— Diarias:				
Aseo	2	2	0	4
T Domésticas	15	3	1	19
Teléfono	3	2	0	5
— No diarias:				
Aseo	5	3	0	8
T Doméstica	13	5	2	20
Fuera del hogar	10	2	0	12
Total personas necesitan ayuda	18	5	2	25

MUJERES N=50					
	Nadie	Esposos hijos	Familiar amigo	Asistente	Total
— Diarias:					
Aseo	0	2	5	2	9
T Domésticas	0	2	6	2	10
Teléfono	0	0	4	1	5
— No diarias:					
Aseo	1	5	10	2	18
T Doméstica	0	2	10	4	16
Fuera del hogar	3	9	11	2	25
Total personas necesitan ayuda	4	10	12	4	30

TABLA 8
CAPACIDAD FUNCIONAL



Indice de Katz (1963)

TABLA 9
CAPACIDAD FUNCIONAL
Distribución por Sexo

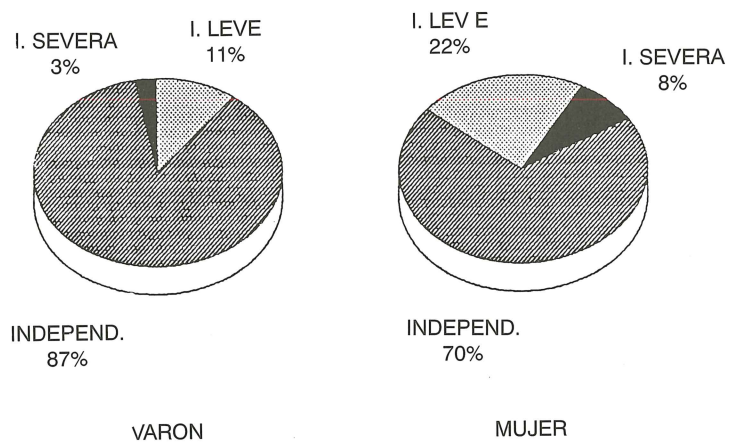


TABLA 10
Estado de Salud y Limitación Crónica de Actividad

A) Ancianos Autónomos

SALUD				
Limitación	Buena	Regular	Mala	Total
Nada	41	5	0	46 (68%)
Algo	6	4	0	10 (15%)
Bastante	2	10	0	12 (17%)
Total	49 (72%)	19 (28%)	0 (—)	12 (17%)

B) Ancianos sin autonomía

SALUD				
Limitación	Buena	Regular	Mala	Total
Nada	3	1	0	4 (20%)
Algo	3	3	0	6 (30%)
Bastante	1	4	5	10 (50%)
Total	7 (35%)	8 (40%)	5 (25%)	20 (100%)

TABLA 11
Ayuda recibida ante una enfermedad

QUIEN LE HA PRESTADO LA AYUDA	TOTAL POBLACION N=88	TOTAL PERSONAS AUTONOMAS N=68	TOTAL PERSONAS NO AUTONOMAS N=20
Personas que viven con Vd.	68 (77%)	52 (77%)	16 (80%)
Personas que no viven con Vd	10 (11%)	8 (12%)	2 (10%)
Vecino	2 (2%)	1 (1%)	1 (5%)
Asistenta	4 (5%)	3 (4%)	1 (5%)
Nadie	4 (5%)	4 (6%)	0 —

TABLA 12
Expectativas de ayuda en un futuro

TIENE AYUDA –TIEMPO–	TOTAL POBLACION N=88	POBLACION AUTONOMA N=68	POBLACION NO AUTONOMA N=20
La tendría indefinidamente	56 (64%)	41 (60%)	15 (75%)
Por período corto	9 (10%)	8 (12%)	1 (5%)
Para cosas concretas	14 (16%)	11 (16%)	3 (15%)
Nadie	9 (10%)	8 (12%)	1 (5%)

TABLA 13
Necesidad percibida no resuelta

	POBLACION TOTAL N=88	POBLACION AUTONOMA N=68	POBLACION NO AUTONOMA N=20
No necesito nada	43 (49%)	38 (56%)	5 (25%)
Asist. médica	2 (2%)	1 (2%)	1 (5%)
Asist. técnica	10 (11%)	7 (10%)	3 (15%)
Ocio	15 (17%)	10 (15%)	5 (25%)
Ay. económicas	12 (14%)	7 (10%)	5 (25%)
C. Día y Residencias	6 (7%)	5 (7%)	1 (5%)

TABLA 14
DOCUMENTO DE TRABAJO

ID	AVD	COBERTURA	ESTABILIDAD
MA	BAÑO+COMER+ANDAR	FAMILIA	INDEFINIDO
DR	BAÑO	VOLUNTARIO	CORTO
AP	BAÑO+ANDAR	FAMILIA	CORTO
FT	BAÑO	FAMILIA	INDEFINIDO
GG	BAÑO	S A D	INDEFINIDO
HM	ESFINTERES	SANITARIO	INDEFINIDO
etc...			

SAD = Servicio Ayuda Domicilio

NOTAS

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION.: *Report of the International Conference on Primary Health Care*, Alma Ata. USSR, 1978. Geneve, 1978.

² CASTELLA M., PEREZ L.: Análisis de las políticas de tercera edad en España en el contexto de la experiencia europea. Boletín del CEDISS, 1990; (11-21).

³ GUILLERMAND AM., ARGOND E.- Analyse comparée de politiques de la vieillesse en Europe. Ministerio de Asuntos Sociales. Boletín del CEDISS, 1990; (2-10).

⁴ TRESSERRA A.- Servicios Sociales para la tercera edad: tendencias y perspectivas. Revista de Servicios Sociales y Política Social, 1989; (14-16).

⁵ PINEDA.- La atención institucionalizada y no institucionalizada a la tercera edad. Consejería técnica de la Dirección General del Inersio. Revista de Servicios Sociales y Política Social, 1989; (14-25).

⁶ ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS.- Care of old people: A framework for progress. Occasional paper 45. October 1990. London.

⁷ WILLIAMS EI.- A model to describe social performance levels in elderly people. J.R. Coll Gen Pract, 1986; (36, 422-423).

⁸ WARSHOW GA, MOORE JT, FRIEDMAN SW ET AL.- Functional disability in the hospitalized elderly. J A M A. 1982; (248, 847-850).

⁹ OMS.- Aplicaciones de la Epidemiología al estudio de los Ancianos. Serie de Informes Técnicos 706. Ginebra 1984.

¹⁰ MORRIS JN., SHERWOOD S., MOR V.- An assessment tool for use in identifying functionally vulnerable persons in the community. Gerontologist, 1984; (24, 373-379).

¹¹ VETTER NJ., JONES D., VICTOR CR.- A health visitor affects problems other do not reach. Lancet, 1986; (2, 30-32).

¹² EBRAHIM S., MORGAN K., DALLOSO H., ET AL.- Interviewing the elderly about their contacts. Age and Ageing, 1987; (16, 52-57).

¹³ WILLIAMSON J., STOOKE IH, GRAY S ET AL.- Old people at home: their unreported needs. Lancet, 1974; (1, 1117-1120).

¹⁴ Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de la Información SICAP, Sistema de Información de Centros de Atención Primaria: Normas del usuario. Doc. DUCAP 01 (versión 2), Instituto Nacional de la Salud, 1992.

¹⁵ COMUNIDAD DE MADRID.- Nuestros mayores. perfil sociosanitario de la tercera edad en la Comunidad de Madrid. Series monográficas nº 2. Consejería de Salud, Dirección General de Planificación, Formación e Investigación, 1989. Madrid.

¹⁶ ALONSO J., ANTO JM.- Enquesta de salut de Barcelona 1986. Barcelona. Area de Salut Publica. Ayuntament de Barcelona, 1989.

- ¹⁷ KATZ SR. DOWN TO, CASH HR, ET AL.- Progress in the development of an index of ADL. Gerontologist, 1970; (10, 20-30).
- ¹⁸ RUIGOMEZ A., ALONSO J., ANTO JM.- Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. Gac Sanit, 1991; (24(5), 117-124).
- ¹⁹ OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS. Surveys of disability in Great Britain. Report 1: The Prevalence of Disability among Adults. 1988. London, (HMSO).
- ²⁰ FITTY JE., KOVAR MG.- The supplement on Ageing to the 1984 National Health Interview Survey. Washington: U.S. Government Printing Office. National Center for Health Statistics, 1987; DHHS Publ n° (PHS) 87-1323. (Vital and Health Statistics, series 1, n° 21).
- ²¹ KATZ SR., FORD AB., MOSKOVITZ MW ET AL.- Studies of illness in the aged-the index of ADL: A standardised measure of biological and psychological functions. J A M A, 1963 (185, 914-919).
- ²² KANE RA.- Assessing social function in the elderly. Clin Geriatr Med. 1987 (3, 87-98).
- ²³ FILLINBAUM GG.- Well being of the elderly: approaches to a multi-dimensional assessment. Geneva: WHO, 1984 (WHO offset publication n° 84).
- ²⁴ M. ALONSO, L. MORAN, MJ. ANTORANZ, FJ. MORA.- Identificación de los ancianos con pérdida de autonomía. Apoyo desde la Atención Primaria de Salud. Trab Soc y Salud, 1993. (15, 75-97).
- ²⁵ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA.- Censo de la población española, 1950, 1960, 1970, 1980, 1985. Madrid.
- ²⁶ COMUNIDAD AUTONOMA DE MADRID. Estadísticas de población de la Comunidad Autónoma de Madrid por zonas de salud, según el padrón de 1986. vol 1, mayo 1989. Comunidad Autónoma de Madrid Consejería de Economía. Documento de trabajo.
- ²⁷ INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES.- La tercera edad en España: Necesidades y Demandas. Un análisis de la encuesta sobre necesidades sociales y familiares de la tercera edad. Ministerio de Asuntos Sociales, 1ª ed, 1990. Madrid.
- ²⁸ CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS. Estudios y Encuestas. Situación Social de los viejos en España. C.I.S. n° 21. Madrid, abril 1990.
- ²⁹ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.- Encuesta Nacional de Salud. Información Sanitaria y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1989.
- ³⁰ GABINETE DE ESTUDIOS SOCIOLOGICOS BERNARD KIEF.- El médico y la tercera edad. Situación actual de la prevención, tratamiento y organización asistencial de la enfermedad en la tercera edad. Ed. Laboratorios Beecham. Madrid, 1986.
- ³¹ LICHTENSTEIN RL, THOMAS JW.- A comparison of self reported measures of perceived health and functional health in a elderly population. J. Community Health, 1987. (12, 213-230).
- ³² INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (INE). Movimiento natural de la población, 1983. Madrid.
- ³³ PALMORE E.- Predictors of longevity. En: Haynes SG, Feinleb M. Proceeding of the second Conference on the Epidemiology of Aging. Washington, DC, Department of Health and Human Services, 1980 (GHHS-80-1969).
- ³⁴ MOSSEY JH., SHAPIRO E.- Self rated health: a predictor of mortality among the elderly. Am J. Public Health, 1982. (72, 800-808).
- ³⁵ ABRAMSON JH.- Métodos de estudio en Medicina Comunitaria. Una introducción a los estudios epidemiológicos y de evaluación. pp. 255. 1ª ed. Díaz de Santos. Madrid. 1990.

TRABAJO SOCIAL EMPRESARIAL

Partiendo de una dilatada experiencia en el campo de la gestión de Personal o Recursos Humanos en empresas de notable dimensión, quisiera aportar con el presente artículo, una propuesta para el debate sobre las posibles funciones en la empresa de hoy de los profesionales del llamado Trabajo o Asistencia Social.

Las reflexiones y propuestas que se exponen a continuación quizá corresponderían a considerarlos que ejercen una función auditora, asesora o consultora, más que asistencial, que se identifica en mayor grado con actuaciones en servicios públicos de tal naturaleza.

Creo que sería más propio identificar este puesto en la empresa como Auditoría o Auditor Social, Asesoría o Asesor Social, Consultoría o Consultor Social.

Cada una de dichas denominaciones se ha ido aplicando a funciones específicas que se las han apropiado, interpretándose habitualmente Auditoría como sinónimo de control, Asesoría como propia del campo jurídico y fiscal, y Consultoría como exclusiva del campo de la organización industrial.

Aunque se dice que el nombre no hace la cosa, cuando se acierta en la denominación de una titulación, o cargo, sus objetivos, ámbito de actuación y función resultan altamente clarificados y ello prestigia a la profesión.

Por ello, en los estudios universitarios que preparan para el ejercicio del Trabajo Social, a quienes les interese el ejercicio de esa profesión en el campo empresarial se les debería facilitar una formación complementaria específica de las disciplinas económicas, jurídicas, fiscales, políticas y sindicales, que confluyen en la vida empresarial.

No han transcurrido muchos años desde que se compartía la idea de que en una sociedad moderna y democrática las relaciones humanas en la empresa económica deberían obedecer exclusivamente a una simple relación contractual, de prestación de un servicio profesional, a cambio de una retribución salarial y que, para todas las cuestiones ajenas a dicha relación, el ciudadano tendría a su disposición unos servicios públicos competentes para la debida atención de sus necesidades familiares, de enseñanza, de cultura, de ocio, de salud y de protec-

ción social en general. Creíamos que la empresa económica podría desinteresarse de la problemática personal y familiar de sus trabajadores y abandonar toda actuación subsidiaria en el campo de la llamada asistencia social, con tintes paternalistas en determinados momentos históricos.

Pero resulta que este pretendido divorcio o compartimentación entre la actividad laboral de toda persona y su otro entorno social privado no resulta económicamente rentable para la empresa, dado que las carencias y los problemas personales afectan directamente a la productividad.

El mercado y las leyes económicas no se mueven por principios ideológicos y de justicia, sino por los resultados en la rentabilidad por la aplicación de determinados principios.

La estructura de la mediana y gran empresa de hoy reclama unos instrumentos que aporten criterios que ayuden a interesar a los trabajadores en su actividad profesional, potenciando el vínculo que debe mantenerse entre empresa y trabajador en beneficio de ambas partes.

En un intento de análisis de cómo son una gran mayoría de empresas en la actualidad, observamos que se destaca como nota predominante un factor nuevo, que no existía o no aparecía con tanta reiteración hasta ahora.

Este factor es el de la precariedad general.

Precariedad en la propiedad de la empresa. Precariedad en los puestos de trabajo de todos los niveles. Precariedad de los mercados. Precariedad ante nuevas decisiones gubernamentales, nacionales e internacionales, en materias económicas, comerciales, industriales o agrícolas.

Ante este nuevo clima general de inse-

guridades y precariedades se hace necesario hallar algunas fórmulas y crear los correspondientes servicios que puedan ayudar a las personas que prestan su trabajo en el ámbito de este nuevo tipo de empresa, a aprender a convivir con tal provisionalidad y sean soporte eficaz para paliar en lo posible los efectos negativos de un cambio histórico de mentalidad.

El profesional que pretenda realizar esta tarea, que implícitamente reclama la estructura empresarial, debe tener presentes y asumir los principios básicos y esenciales de toda empresa que pretenda competir y sobrevivir.

Uno de estos principios básicos es la cultura empresarial, o sea un determinado estilo de dirección, el sentimiento de pertenencia a una empresa, la confianza en el futuro de la misma, el reconocimiento de la competencia de sus directivos, la estima al propio oficio y el sentimiento de integración en un proyecto común con objetivos alcanzables.

Muchas empresas han sufrido fusiones o absorciones, con o por otras, cada una de ellas con su particular origen e historia, manifestándose distintos estilos, usos o costumbres de las anteriores empresas independientes.

Si existe en la empresa un órgano o instrumento liderado por un profesional del Trabajo Social, se ayuda a analizar, en los casos de fusiones o cambios de titularidad de las empresas, las tradiciones o culturas empresariales anteriores y a asumir, perfeccionar o abandonar en el nuevo marco empresarial lo más conveniente.

Otra tarea importante que el experto en Trabajo Social en la empresa puede cuidar, es la de favorecer una buena comunicación interna.

Se trata de poner de manifiesto los conductos ordinarios de comunicación descendente y ascendente en el organigrama jerárquico. Ser cauce de intercomunicación extraordinaria, cuando por razones personales o confidenciales se justifique la alteración de la vía ordinaria.

Fomentar la inmediatez de las informaciones importantes que afecten a los componentes del colectivo específico de trabajadores interesados o afectados.

Ser asequible para poder consultar la veracidad o no de determinados rumores o noticias.

Los Diplomados en Trabajo Social y los Asistentes Sociales que desarrollen su actividad profesional en una empresa económica, pública o privada, se diferencian notablemente de los que desarrollan sus actividades en centros asistenciales, familiares o cívicos, en cuanto a los objetivos primordiales que se pretenden conseguir. Los objetivos del experto en Trabajo Social en la empresa se podrían resumir en el deber de cooperar a crear en el medio ambiente laboral el mejor clima social para que la empresa consiga los fines económicos que justifiquen su existencia, que se basan en la mejor calidad de sus productos, la eficacia de sus servicios, la motivación de su personal, el fomento de la investigación y el desarrollo, el prestigio de su marca, el mejor nivel de productividad, la austeridad y la transparencia en la gestión en todos sus niveles, el menor grado de absentismo, el mejor espíritu de colaboración interna, para conseguir con todo ello unos resultados económicos positivos.

Antes de proseguir en este tipo de consideraciones sobre las posibles funciones del profesional de Trabajo Social en las empresas, es necesario apuntar cómo debería ser su inserción en la estructura y el organigra-

ma de la empresa, sin causar interferencias en su normal organización funcional y jerárquica.

Hoy en día, la dirección de Personal o de Recursos Humanos vienen asumiendo generalmente una exclusiva y jurídica representación de su dirección general de la empresa, tomando parte en representación de la misma en la contratación de personal, en la negociación colectiva, en los expedientes de regulación de empleo, individuales o colectivos, en los actos de conciliación y ante los Comités de Empresa.

Sus competencias en dichas actuaciones y en materia de selección de personal, promociones internas, nombramientos, traslados, retribuciones, control de absentismo, régimen disciplinario, administración de personal y otros cometidos, sitúan a la dirección de Personal o de Recursos Humanos plenamente ubicado en la parte empresarial o patronal, con lo cual difícilmente se le puede atribuir una posición de neutralidad en las relaciones entre empresa y trabajadores.

Por ello, no es conveniente que el responsable de Trabajo Social y su equipo se halle adscrito al departamento de Personal, al objeto de aparecer ante los trabajadores con la autonomía e independencia necesarias para ejercer en plena imparcialidad sus cometidos de asesoría y ayuda desde una posición de servicio objetivo. Deben quedar muy claras las funciones y competencias propias del responsable de Personal y las del responsable del Trabajo Social, sin interferencias ni desconfianzas, siendo para ello indispensable que la propia creación de este puesto forme parte de la política general de personal que propone y asume la dirección de aquella área.

Otro aspecto muy importante que el experto en Trabajo Social debe tener en cuen-

ta es el de la representación legal de los trabajadores, a través de los Delegados de Personal, los Comités de Empresa, las Secciones Sindicales y los Comités Intercentros.

Según regula la Ley Orgánica de Libertad Sindical, en nuestro ordenamiento constitucional la facultad de actuar en tutela y en defensa de los intereses colectivos de los trabajadores se atribuye a los mismos, eligiendo en ejercicio de su propia autonomía los medios más congruentes a dicho fin. Si el medio elegido es el de la sindicación, que se expresa en la libre elección de los trabajadores en el seno de la empresa para ostentar los cargos de Delegados de Personal, o miembros del Comité de Empresa, éste debe ser el conducto ordinario para presentar reivindicaciones individuales o colectivas de los trabajadores que representan ante la dirección de la empresa.

Por ello, el responsable de Trabajo Social no debe usurpar las funciones que corresponden a los órganos de representación legal de los trabajadores en la empresa, sino que debe colaborar a encauzar por dicho conducto las cuestiones que le planteen cada uno de los trabajadores que acuden a su consulta y asesoría.

Ante una situación conflictiva determinada, individual o colectiva, un acertado y ponderado dictamen desde el área del Trabajo Social puede resultar muy estimado y positivo tanto por la dirección de la empresa como por la representación sindical.

Por consiguiente, con lo que vamos describiendo, podríamos afirmar lo que no debe ser o hacer el experto en Trabajo Social en la empresa. No debe suplir a la dirección de Personal o al Comité de Empresa como cauces ordinarios para la tramitación e intercambio de reivindicaciones laborales.

No debería tampoco equipararse a la figura y la función del Defensor del Pueblo de

la sociedad civil, como cauce de quejas, sino más bien equipararse a la figura del «Hombre Bueno» que intercede, media, asesora, orienta y reconduce a las personas que acuden a su consulta a la vía procedimental más eficaz.

Un campo extraordinariamente carente de soporte y orientación es el que abarca todo lo relacionado con la previsión social pública y privada y sus distintas prestaciones de las que los trabajadores y sus familiares pueden beneficiarse.

Existe en la actualidad un debate sobre la conveniencia o no de la privatización de la Seguridad Social.

Si alguna justificación tiene la existencia de los Estados democráticos es que constituyen para sus ciudadanos la organización que garantiza el ejercicio de sus libertades, que cubre subsidiariamente las necesidades colectivas básicas y que tiene un sistema económico y fiscal adecuado para una redistribución de las rentas y un eficaz sistema de previsión o seguridad social.

Debería abandonarse el uso del término «Estado de Bienestar», por resultar ofensivo y sarcástico si por ello se entiende un sistema público de prestaciones o subsidios como protección a las tristes situaciones de desempleo, de viudedad, de vejez, de invalidez, de enfermedad u otros siniestros.

Más que un Estado de Bienestar es un Estado de socorros mutuos. El bienestar es, y aún relativamente, tener libertad, trabajo, salud, patrimonio y paz, y no hay Estado que pueda haberlo conseguido y, por consiguiente, no es lógico hablar de su revisión, renuncia o mantenimiento.

Los ciudadanos de los Estados modernos y democráticos deben esperar que sus Instituciones les garanticen los derechos y les puedan exigir las obligaciones que conduzcan al establecimiento de un sistema de

Seguridad Social mínimo, pero digno y suficiente, como cobertura pública a los avatares de sus contribuyentes. Los sistemas privados de previsión social siempre serán complementarios de los públicos y su seguridad y alcance dependerán siempre de la capacidad de ahorro personal y de la supervivencia y el crédito de la entidad con que se ha suscrito una póliza o un contrato.

Se trata de un importante aspecto que incide en la vida del trabajador, tanto por su condición de asalariado como por la de ciudadano. Cuotas empresariales y del trabajador y los impuestos de ambos nutren las reservas económicas que responden de las prestaciones y los servicios de una buena Seguridad Social pública.

El experto en Trabajo Social debe tener un amplio conocimiento de toda la legislación que regula los distintos Regímenes de la Seguridad Social, los requisitos y mecanismos para tener derecho a sus prestaciones y servicios, y la suficiente habilidad para facilitar al trabajador la tramitación burocrática de toda documentación necesaria que se precise en cada supuesto.

Su colaboración resulta altamente eficaz también en materia de seguridad e higiene en el trabajo. En el seguimiento de las causas de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, colaborando con los servicios técnicos y médicos en materia de medidas de prevención y seguridad.

En los casos de baja por enfermedad común o accidente laboral, el experto en Trabajo Social se preocupará de que a los pacientes no les falte la asistencia médica adecuada, actuando no como un inspector de absentismo, sino como un soporte al interesado y su familia para procurar su restablecimiento o, en caso justificado, informarle sobre los distintos grados de incapacidad o invalidez a los que puede acogerse.

En el capítulo de movimiento de personal en la empresa, tanto en lo que se refiere a nuevos ingresos, ceses voluntarios o afectados por expedientes de regulación, jubilaciones, fallecimientos, traslados u otras causas, la asistencia activa del experto en Trabajo Social como elemento personalizador de la empresa facilita a los afectados por tales acontecimientos una relación humana que se agradece.

En un sistema de valores donde prima la ley del mercado, las nuevas profesiones, como la de expertos en Trabajo Social, deben operar con las técnicas del «marketing», ofreciendo unas funciones que hagan necesaria la creación del correspondiente órgano. Hay que ofrecer y demostrar a la empresa la rentabilidad de este tipo de actuaciones y servicios.

La imagen de una empresa la transmiten sus componentes, quienes la perciben del clima social interno en la misma, y se transmite ante los clientes y proveedores, quienes asimismo se convierten en transmisores ante terceros. Se produce una espontánea publicidad empresarial de inusitada trascendencia.

A su vez, toda empresa radica en un lugar geográfico determinado y las relaciones positivas con su entorno, conectando con el mismo, respetando la idiosincrasia del espacio humano y natural, adaptando sus instalaciones al paisaje y, en la medida de lo posible, ser promotora de riqueza local y de puestos de trabajo. No hay duda de que en todas estas facetas cabe la colaboración, las iniciativas y las actuaciones directas del responsable de Trabajo Social.

Puede ofrecerse asimismo para colaborar en todos los planes de formación profesional internos y externos. Recabar información sobre las especialidades profesionales más necesarias en el futuro inmediato de la

empresa, para poder aconsejar a los trabajadores los estudios y las titulaciones que más les conviene obtener para su promoción interna o externa.

El problema de la promoción inquieta grandemente al personal competente, que sigue preparándose y especializándose para poder realizar tareas superiores, pero cuyas vacantes se producen muy a la larga, dada la estructura piramidal de los cargos en toda empresa y que, además, no siempre se viene cubriendo con personal propio, produciéndose taponamientos imprevistos con empleados de nuevo ingreso.

Ante estas inquietudes, algunos empresarios se formulan la pregunta de si sería mejor escoger personal con limitadas aspiraciones o seleccionar al óptimo, aun corriendo el riesgo de que su colaboración en la empresa sea breve. Y también sienten la duda de si merece la pena ayudar económica y profesionalmente al personal para que adquiera mayores conocimientos, si una vez obtenidos abandona la empresa.

Para adoptar una actitud positiva ante este problema, conviene tener una visión muy amplia de la función promocionadora de hombres que recae sobre la empresa moderna, considerándola como una célula viva de la sociedad, en donde la promoción de sus miembros no sólo debe producirse en el seno de cada empresa en particular, sino que ésta debe ser el vehículo de la necesaria movilidad que facilite la rotación interempresarial, teniendo en cuenta que si los esfuerzos de una empresa realizados en pro de la formación profesional de sus empleados pueden beneficiar a otra, también se da el caso en sentido inverso.

El más simple realismo nos indica que, cuando en una empresa los cargos directivos y mandos intermedios están ocupados por personas relativamente jóvenes, es im-

posible garantizar al competente trabajador una pronta promoción individual y, en muchos casos, sería un deber y un gran servicio para el mismo ayudarlo a hallar un puesto adecuado a sus capacidades y conocimientos en otra empresa.

Los profesionales del Trabajo Social difícilmente podrán estar motivados en el ejercicio de su tarea si no han acudido a tal profesión con vocación de servicio social. Hay muchas profesiones técnicas y administrativas en las que en su elección sólo les ha movido el aprecio o la predisposición al oficio, sin necesidad de pretender trascendencia social alguna, por lo menos de forma directa, aunque todo ejercicio y trabajo de calidad y eficiencia beneficia a la colectividad, además de al propio profesional.

El experto en Trabajo Social toma partido y apuesta por el progreso social, cree en la mejora de las relaciones humanas en toda colectividad; trabaja para el pleno reconocimiento de los derechos humanos; tiene la esperanza de que toda crisis y conflicto personales son superables y enriquecedores.

Tiene conciencia de que no existe la empresa idílica. Que la empresa no es una familia. Que la empresa es una institución cuyo fin primordial es el económico, donde existe la jerarquía, la disciplina, los mandos y los subordinados, los distintos niveles de responsabilidad y de retribución, la competitividad interpersonal, un horario y unos controles y, a pesar de ello, es el instrumento necesario para tener un puesto de trabajo remunerado para poder subsistir.

Por ello, es necesario un plus vocacional para que en este entramado social alguien pretenda trabajar para intentar reducir tensiones, evitar discriminaciones y actuar de soporte a las personas que forman parte de este colectivo en momentos de inseguridad, incertidumbre o necesidad.

Al margen de la personal opción, política, filosófica o religiosa, quien quiera trabajar en este campo debería asumir unos principios básicos de ética universal, que le fijen unos determinados objetivos.

Dichos principios podríamos resumirlos en los siguientes:

Se avanza en la concepción de que la empresa económica es una comunidad humana integrada por varios grupos de personas, es decir, los accionistas, los trabajadores, los directivos, los clientes, los suministradores y los organismos públicos, sintiéndose la necesidad de establecer una auténtica política de relaciones con los componentes de los citados grupos.

Una determinada forma de administrar el patrimonio afecta a los accionistas; un sistema honrado en sus departamentos de compras y ventas marca la política con los suministradores y clientes; una actitud ante la tributación condiciona su relación con la administración pública; una manera de mandar es el exponente de su política de personal, porque los mandos de una empresa pueden aglutinar o deshacer el buen clima interno. Las relaciones laborales que convierten al subordinado en colaborador suponen reconocer que el contrato de trabajo no queda reducido a un simple alquiler de personas, sino que constituye la aceptación de un miembro en la empresa, con sus derechos y sus deberes.

La empresa, como toda comunidad o colectivo de hombres que tienden a dirigirse hacia su peculiar vocación de seres libres, se ha vuelto generadora de conflictos, en muchos casos generadores de progreso social. Conflictividad que tiene su origen en el deseo de hacer posible la convivencia interpersonal en una sociedad tecnificada que pretende la conversión del hombre/mujer-objeto en hombre/mujer-persona. Para

tener la confianza de que no se trata de utopías este tipo de objetivos, sólo cabe retroceder la mirada un siglo atrás para darse cuenta de los importantes avances producidos en la concepción de las relaciones laborales.

En 1894, en un libro titulado *Apuntes sobre la cuestión industrial*, se escribía lo siguiente: «Téngase en cuenta que nosotros hablamos de las cosas como ha querido Dios que fuesen. No cabe duda de que el Creador ha dispuesto que haya desigualdad en sus fortunas, no sólo para convertir en estímulo el fruto del trabajo, sino para que se ejercitase entre ellos la caridad, que es amor y deber al mismo tiempo».

En las actas de las sesiones de las Cortes de 1873, un diputado afirmó: «Es necesario mirar por las clases menesterosas; darles instrucción y moralidad. Todo esto puede y debe hacerse, pero en ciertas condiciones y dentro de ciertos límites; hay que respetar lo que han respetado todos los pueblos civilizados: la propiedad, el derecho individual de la propiedad, el absolutismo de la propiedad; *just utendi, jus abutendi*, que han dicho los romanos, derecho de uso, derecho de abuso, y en esta definición se ha fundado toda la legislación, toda la jurisprudencia, todo el derecho civil de los pueblos modernos».

No me resisto a omitir otro texto de 1858, en que se indica: «Los obreros jamás deben dar oído a las quejas que se les hagan contra sus amos; recuerden que de ellos reciben el pan y el sustento mientras trabajan, y que en caso de enfermedad o interrupción del trabajo podrán contar con sus recursos, si siempre se les muestran sumisos y agradecidos».

Con estos antecedentes históricos, es fácil comprender que las reivindicaciones obreras se hayan tenido que conseguir con

grandes dificultades y casi siempre de forma agresiva y combativa en extremo. Eran antiguas y de peso las personas e instituciones que justificaban el mantenimiento perpetuo de los desniveles sociales.

En resumen, el profesional del Trabajo Social debe conocer todo este largo proceso de transformaciones para poder explicarse determinados resentimientos heredados y operar en el colectivo humano de la empresa actual con el reto de sentirse un eslabón del proceso, lento pero inexorable, que convierta a la empresa en una comunidad de personas solidarias, a pesar de las inevitables diferencias de posicionamiento de los grupos que la componen.

Asimismo, es necesario que conozca y profundice en todos los ámbitos del Derecho del Trabajo.

Tener presente que el marco jurídico que

regula las relaciones entre la empresa y el trabajador se fundamenta en la Ley del Estatuto de los Trabajadores, recientemente reformada; en las Reglamentaciones y Ordenanzas de Trabajo que todavía están en vigor; en los acuerdos contenidos en los Convenios Colectivos del Sector, Territoriales o de Empresa, cuya normativa para su futura negociación ha sido notablemente potenciada en la reciente reforma laboral; en la copiosa jurisprudencia, Disposiciones Ministeriales y en los propios contratos de trabajo individuales, al objeto de que el experto en Trabajo Social sepa orientar, recomendar y asesorar a quiénes acudan a su consulta, con conocimiento estricto del marco jurídico en que se desenvuelven las relaciones laborales en la empresa.

NECESIDADES Y DEMANDAS DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE SANTA-COMBA (LA CORUÑA)

1. Introducción

Todo trabajo se justifica tanto por la motivación del autor como por su conexión, a nivel profundo o inmediato, con las inquietudes y problemas del momento histórico o del entorno en que se vive.

Con este artículo se pretende poner de manifiesto los resultados de un trabajo de investigación referido a la situación social de un colectivo con características de marginalidad, las personas afectadas por alguna minusvalía. Desde esta categoría de personas se pretende contemplar a toda una serie de grupos humanos que en una sociedad, o en un planeta, desgarrada con fuertes contradicciones se sitúan en el polo de los excluidos, los desheredados, los pobres, por oposición a los ricos y poderosos. Estos grupos tienen una triste actualidad en la medida en que la situación de crisis, especialmente económica, en que nos encontramos, hace que su número aumente y empeoren sus circunstancias.

El colectivo de personas aquejado de minusvalías tiene una gran importancia en la sociedad española, el cual ha evolucio-

nado en los últimos años pasando por una situación de desconocimiento y ocultamiento hasta la conquista de un cierto reconocimiento y presencia social. La manifestación más concreta de esta situación ha sido la promulgación de una Ley para su integración en la sociedad, con todo lo que ello significó, tanto de aceptación de la problemática que representan como de asunción de la misma por parte de los poderes públicos.

En la actualidad todos los estados del mundo, entre ellos el español y la misma comunidad europea, conceden gran importancia a este colectivo. Intentan ayudar a cubrir tanto sus necesidades como sus capacidades.

Sin embargo, no caigamos en el error de creer que el problema está totalmente subsanado. Es necesario seguir concienciando a la población y dar visión y conocimiento positivo del minusválido. Estos tienen que ser vistos como seres humanos con grandes limitaciones pero al mismo tiempo con grandes capacidades, recordemos sino a «Stefan King» físico y matemático, uno de los grandes de nuestro tiempo.

2. Objetivos del estudio

Objetivo general

El análisis y descripción del colectivo de personas afectadas por alguna minusvalía en el Municipio de Sta-Comba.

Objetivos específicos

- Elaboración de un censo de minusválidos del Municipio. Cuantificación.
- Características básicas del colectivo. Características generales y perfil sociodemográfico de la población entrevistada. Distribución de la población en función del tipo de minusvalía.
- Nivel de estudios
- Descripción de la situación económica del colectivo.
- Descripción de las características de la vivienda y su entorno.
- Situación laboral.
- Ocio y tiempo libre.
- Entorno convivencial.
- Priorización subjetiva de los principales problemas del colectivo.

3. Hipótesis de trabajo

- Los minusválidos de la zona pertenecen a un nivel socio-económico bajo.
- Sus viviendas y los accesos a las mismas presentan dificultades.
- El número de minusválidos psíquicos es superior a los físicos.
- Las minusvalías afectan en mayor cuantía a las mujeres que a los hombres.
- Existe un grado de aceptación considerable dentro del ámbito socio-familiar.
- Su nivel de estudios es bajo.

• Ocupa un puesto de responsabilidad dentro del ámbito familiar.

4. Ambito poblacional y geográfico

A) Definición de la población objeto de estudio

El principal problema que se ha debido solventar al enfrentar el diseño de esta investigación ha sido definir lo más exactamente posible el concepto de minusvalía en base al cual determinada persona afectada por las consecuencias de las enfermedades o accidentes iba a ser considerada minusválida.

El término minusvalía, incorporado plenamente a nuestro vocabulario jurídico tras la Ley de Integración Social de los Minusválidos de 7 de abril de 1992, instalado profundamente en el argot técnico de los profesionales del sector de los servicios sociales, y cada vez más utilizado a nivel popular, es sin embargo, un término que, por su polisemia, introduce importantes dificultades a la hora de definir con precisión y en forma operativa lo que, a efectos de una investigación sociológica concreta, ha de entenderse que denota.

El paradigma propuesto por la Organización Mundial de la Salud distingue tres modelos diferenciados de clasificación de las consecuencias permanentes de la enfermedad y de los accidentes: deficiencia, discapacidad y minusvalía.

En términos sintéticos, se entiende por Deficiencia dentro de la experiencia de la salud, toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica o anatómica. Discapacidad es toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal

para un ser humano. Minusvalía, por fin, es la situación ventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales que pudiesen concurrir.

El concepto de minusvalía en base al cual se ha seleccionado la población a analizar no se corresponde, por ello, en forma estricta con estas definiciones, porque tampoco se pretende cuantificar la población con deficiencias, minusvalías y discapacidades, sino conocer la situación social de un segmento de esa población.

El proceso de selección de la población a encuestar fue a través de la identificación de un conjunto de personas que, por tener serios problemas de tipo físico, psíquico o sensorial, padecer enfermedades crónicas que le impiden llevar una vida normal o tener necesidad de utilizar ayudas técnicas para desplazarse, constituyen el grupo de población dentro del cual se identifican. Elaboramos por tanto un censo de minusválidos.

Las deficiencias advertidas entre las personas consultadas se han agrupado, para lograr un nivel más sintético de análisis, en tres grandes apartados que, por supuesto, no son estancos, pues las personas que padecen más de un tipo de deficiencia pueden estar incluidos a la vez en dos o más de ellos: físicos, psíquicos y sensoriales.

B) Población objeto de estudio/población entrevistada

La población objeto de estudio son todas aquellas personas afectadas por alguna minusvalía.

La población entrevistada ha sido tanto minusválidos como familiares y tutores de los

mismos, en aquellos casos en los que el minusválido no tenía capacidad suficiente para responder a la encuesta.

C) Ambito geográfico

El ámbito geográfico espacial del estudio se circunscribe al Municipio de Sta-Comba, tanto en su espacio urbano como rural.

D) Técnica de recogida de datos

La recogida de datos se instrumentalizó a través de un cuestionario por entrevista, que recoge los siguientes aspectos:

— Tipo de minusvalía, si está oficialmente reconocida y si recibe alguna ayuda económica por ello.

- Salud y autonomía personal.
- Vivienda.
- Barreras y transporte.
- Sanidad.
- Trabajo.
- Ocio.
- Estudios.
- Datos personales.
- Familia.
- Situación económica.

Y por último un bloque de preguntas subjetivas referidas a integración tanto familiar como social y necesidades más sentidas por ellos.

E) Trabajo de campo

Una vez confeccionado el cuestionario se procedió a pasar los mismos mediante entrevistas personales con los familiares y minusválidos.

La recogida de datos se hizo durante el mes de diciembre de 1993 y enero de 1994, pasando un total de 120 cuestionarios.

F) El proceso de datos

El procesamiento de datos se llevó a cabo a través de los Servicios del Centro de

Cálculo de la Universidad de Santiago de Compostela.

5. Conclusiones

Después de haber analizado los resultados de la encuesta, nos permiten determinar aproximadamente los elementos sobre los que sería posible trabajar para la consiguiente mejora de su situación, y al mismo tiempo poder llegar a las siguientes conclusiones:

a) De un total de 120 encuestas realizadas, 63 son hombres y 57 son mujeres. De éstos, según las clasificaciones que hemos hecho, en cuanto a los tres tipos de minusvalía, aparece que 65 son minusválidos psíquicos, 45 físicos y 10 sensoriales. Por grupos de edades, el mayor número de minusválidos aparece en edades comprendidas entre los 31 y 60 años y en menor cuantía en el grupo de 0 a 10 años.

En cuanto a su estado civil, decir que la mayoría están solteros. Los casados, en número reducido y similar en ambos sexos aparece en edades comprendidas entre los 41 y 60 años.

b) Uno de los aspectos analizados es el *nivel de instrucción*. Respecto a ello podemos deducir que la mayoría de ellos están sin estudios, concretamente un 84,2 por ciento. El máximo cursado es la primaria incompleta, sobre todo en los minusválidos de tipo psíquico. Los físicos y sensoriales, alguno de ellos, llega a alcanzar los estudios primarios, graduado escolar, y F.P., aunque en porcentajes bajos.

Este bajo nivel de estudios puede tener relación con la baja integración laboral, que es todavía superior un 97,5 por ciento no trabajan, solo un 2,5 por ciento realiza trabajo remunerado.

c) Con respecto a *su situación económica*, analizamos dos aspectos: la *situación*

económica de la familia y las prestaciones que perciben. En lo referente a la situación económica de la familia, un porcentaje de un 40 por ciento ingresan más de 100.000 pts. mensuales. De las prestaciones que ellos perciben decir que un 98,8 por ciento cobra algún tipo de ayuda económica de diversos organismos: INSS, INSERSO, etc.

d) Otra de las cuestiones analizadas era la *vivienda*, en régimen de tenencia, su adaptación y equipamientos. La mayoría de los minusválidos, en un porcentaje de un 8 por ciento viven con familiares, solo un 4,2 viven en viviendas alquiladas y un 7,5 en viviendas compradas. Del total solo un 9,2 por ciento tiene adaptada la vivienda a su minusvalía, siendo éstas muy sencillas y careciendo de muchos elementos y como es obvio el mayor número de adaptaciones se da en las minusvalías de tipo físico.

Los equipamientos de las mencionadas viviendas, generalmente y en un porcentaje elevado, cuentan con todos los servicios mínimos, de luz, agua, y cuarto de baño. Sin embargo, la calefacción solo existe en 9 viviendas de un total de 120.

Los accesos a las viviendas en un porcentaje de un 73,3 por ciento no presentan dificultad y en aquellos casos en que sí los hay, son bordillos y escaleras.

e) La capacidad de *movilidad autónoma* del colectivo. De los resultados obtenidos, un 21,7 por ciento precisan ayudas técnicas, silla de ruedas, muletas, audífonos, etc., tanto en sus desplazamientos en su domicilio y fuera del mismo.

En sus salidas a la calle, solo un 35 por ciento pueden hacerlo solos, un 54,7 por ciento necesita ir acompañado y por último un 11,7 por ciento nunca sale.

En lo referente a la posibilidad de utilizar transporte público, solo un 40,8 por ciento

pueden hacerlo, un 32,5 acompañados de otra persona y un 25,8 no pueden hacerlo.

El medio de transporte más utilizado en sus desplazamientos es el coche familiar en un porcentaje de un 34,2 por ciento.

f) En el *aspecto sanitario* se abordaron varias cuestiones, tales como si tenían reconocida oficialmente su condición de minusválido, cobertura a través de la seguridad social, utilización de los servicios médicos, etc.

Un porcentaje de un 95,8 por ciento ha acudido a un centro oficial, principalmente INSERSO para que le sea reconocida su condición de minusválido. De éstas 62 son psíquicas, 43 son físicas y el resto sensoriales.

La cobertura sanitaria se extiende a casi su totalidad, 98,3 por ciento, es decir, 118 de un total de 120.

g) Los datos obtenidos acerca de la *familia* y su modalidad residencial, nos dan un porcentaje de que un 85,8 por ciento de los encuestados viven con familiares, un 9,2 por ciento viven con otras personas y un 5 viven solos.

En lo referente a si el minusválido es o no cabeza de familia, aparece un porcentaje muy bajo en que sí lo son, un 10,7 por ciento en el grupo de mujeres y un 19,0 en el grupo de hombres.

En el bloque de preguntas dirigidas exclusivamente a los familiares o tutores de las personas con minusvalía encuestadas han permitido concluir que un 45,8 por ciento les impiden a los familiares llevar una vida normal, frente a un 17,5 por ciento que les permite hacer vida normal.

En cuanto a la dedicación de tiempo y atención que precisan por parte de sus familiares y tutores, decir que un 15,8 por cien-

to precisan que le dediquen atención todo el día, un 25 por ciento muchas horas al día, un 20 por ciento pocas horas al día y solo un 2,5 no precisan atención.

Otro bloque de preguntas iba dirigido exclusivamente al minusválido, a si se sienten integrados o no en la familia. Un 27,5 por ciento contestó que sí se sentía integrado en la familia frente a un 10,8 por ciento que no se siente integrado.

h) Por último el bloque de preguntas subjetivas, en cuanto a los *niveles de información* y necesidades más sentidas.

Un número elevado de personas encuestadas dijeron desconocer a dónde debían dirigirse para recabar información sobre temas relacionados con la deficiencia padecida, un total de un 82,5 por ciento.

En lo referente a las necesidades más sentidas, la ayuda económica es la que ocupa el primer lugar con un 51,7 por ciento, en segundo lugar con un 19,2 por ciento la vivienda y en tercer lugar el trabajo con un 5,8 por ciento.

En general son personas con grandes problemas, deficiencias, etc. a las que tenemos que ayudar a recuperar su auto-estima, su consideración y su integración.

Lo que el minusválido se considere capaz de aportar a la sociedad se encuentra condicionado por lo que la propia sociedad sea capaz de transmitirle a él, en términos de estima y confianza y en términos de los medios materiales que ponga a su alcance para facilitar o posibilitar, su desarrollo personal.

No es que el minusválido tenga una actitud pasiva o desentendida, sino que ello es consecuencia del estatuto de «impedido social» que se le ha asignado.

Tenemos que tratar de avanzar en la superación de estos factores y así el minusvá-

lido se sentirá capaz de aportar algo a la práctica y desarrollará sus potencialidades a través de su esfuerzo personal. Si la sociedad no dispone los cauces para que dicho esfuerzo se materialice en logros efectivos, el minusválido verá frustradas las expectativas que haya podido alimentar.

Por tanto debemos ofrecerle y darle a conocer todos los recursos existentes y sacarle provecho de ellos para alcanzar en la medida de lo posible, previa conciencia o conocimiento de la sociedad en la que está inmerso, para que tenga una visión positiva del minusválido, la cual le ayudará a tener una autoimagen y una autoestima positiva.

Bibliografía

- CASTAÑO, C. y MINGUEZ, F. «La protección social al minusválido en España: origen y actualidad» (1960-1988) *Revista de Servicios Sociales y Política Social*. Nº 11-12. Edita Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid 1984. Pp 72-79.
- CORTALI, F. «Ley 13/82 de la Integración Social de los Minusválidos». *Revista de Servicios Sociales y Política Social* Nº 11-12. Edita Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados de Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid 1984. Pp. 80-89.
- DÍAZ CASANOVA, M. *El asociacionismo de los minusválidos entre organización y movimiento social*. Col. Tesis Doctorales. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Pp. 325.
- GOBIERNO VASCO-DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. *Deficiencias y minusvalías de la Comunidad Autónoma Vasca*. Documento de Bienestar Social Nº 8 Pp. 442.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES-INRSO. *Minusvalía y Sociedad*. Madrid 1988. Pp. 85.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. INRSO. *Las personas con minusvalía en España. Necesidades y demandas*. Madrid 1988, Pp. 249.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. INRSO. *Legislación para la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. (Actas del Congreso de Viena). Col. Servicios Sociales. Nº 4. Pp. 58.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. INRSO. *Economía y Minusvalía. Perspectivas Internacionales*. Col. Rehabilitación. 1982. Pp. 247.
- RODRÍGUEZ CASTEDO, A. «Asegurar un nivel digno de bienestar a las personas con minusvalía». Asamblea General de Naciones Unidas, 1982. *Revista Minusval*. Nº 81.
- VELÁZQUEZ CLAVIJO, M. *Estudio psico-Sociológico del niño con deficiencia física como base para la integración*. Documentos técnicos. Edita INRSO. 1986. Madrid. Pp. 85.

NECESIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE EN EL COLECTIVO DE TERCERA EDAD DEL MUNICIPIO DE ORDES

Introducción

En este tiempo en el que nos tocó vivir, donde la productividad y el consumo son los dos denominadores comunes, hablar de vejez puede ser incluso «de mal gusto», e ignorar el tema es por supuesto no afrontarlo y, lo admitamos o no, es una cuestión que nos afecta a todos: jóvenes y viejos.

El aumento de la esperanza de vida y las mejores condiciones físicas que van consiguiendo las personas después de los 65 años, parecen haber cogido por sorpresa a una sociedad poco preparada para asumir a esta población creciente que, en la mayoría de los casos, al llegar a la jubilación, son apartados a un lado sin más alternativas que la participación en «algunos» programas de ocio (véase por ejemplo los populares viajes del Ministerio de Asuntos Sociales dedicados a la Tercera Edad y algunas otras que organizan algunos alcaldes de pueblo, muchos de ellos consistentes en pequeñas excursiones de un día de duración visitando los turísticos lugares de nuestra Comunidad Autónoma), y sin tener en cuenta lo que tienen para seguir ofreciendo, junto con los jó-

venes, a esta sociedad que entre todos vamos construyendo. Situación que, por otra parte, muestra el grado de civilización de un pueblo.

Desde mi práctica profesional diaria, observo las muchas posibilidades que nos presenta una gente llena de experiencias, de la cual podemos aprender, probablemente, más de lo que podamos enseñarles.

Un hombre de 83 años que tras la muerte de su cónyuge con la que ha vivido siempre sin más familia, se replantea nuevamente el sentido de su existencia, buscando nuevos horizontes; una mujer de 75 años que busca sus propios puntos de referencia para mantenerse orientada; o aquel otro que tras sufrir una hemiplejía busca un nuevo sentido a su existencia y distintos quehaceres sin dejarse abatir... y tantos otros..., sólo necesitan y merecen que les escuchemos para llamar nuestra atención y ofrecernos la posibilidad de cambiar el futuro de los que en el año 2000 ya serán un tercio de la población total.

Es evidente que las estrategias a seguir, desde distintos ámbitos sociales, tendrán

que evolucionar para adaptarse a una realidad que, como tantos otros casos, se está imponiendo.

Ya sea por razones económicas (invertir en Tercera Edad es una buena inversión, dicen los economistas) o simplemente humanitarias, no podemos ni debemos ignorar a una población cada vez más preparada y dispuesta a exigir aquello que se le niega y que le corresponde por derecho propio.

Si la conciencia social no cambia hacia nuestros mayores, ¿para qué queremos vivir cada vez más?, ¿qué sentido tiene tras la jubilación seguir acumulando años si no trabajamos por un «vivir mejor»? Sería relativamente sencillo quedarse en la protesta sobre la falta de recursos y la carencia de medios con que contamos los profesionales que trabajamos con la Tercera Edad, (lo cual no deja de ser cierto).

Pero no debemos olvidar que todos somos miembros de una comunidad cuyos problemas son nuestros problemas y de nosotros también depende el buscar soluciones.

Los profesionales tenemos el deber de informar y sensibilizar al resto de la sociedad, quien por otra parte, tiene el derecho y el deber de exigirnoslo. Pero también somos responsables en la búsqueda y creación de aquellos recursos que pueden surgir de nuestro entorno y para lo cual es imprescindible la colaboración de todos.

El Ayuntamiento de Ordes cuenta con una población total que ronda los 12.000 habitantes; cerca de 2.000 personas, esto es, concretamente 1.970 son mayores de 65 años, están jubilados y pertenecen al colectivo que se ha denominado Tercera Edad, para señalar el período en que una persona deja su puesto de trabajo en el aparato de producción y pasa «a descansar», después de un largo período laboral.

A lo largo de mi ejercicio profesional, he observado que con el incremento, y subida de las pensiones y un sistema público y universal que garantiza unos ingresos mínimos a los mayores, las necesidades más inmediatas y esenciales de la vida de estos individuos han sido cubiertas, cobrando un nuevo valor el espacio que el anciano de hoy dedica a su ocio, a su tiempo libre.

Averiguando cómo se emplea ese «tiempo» sabremos no sólo que «el descanso» del anciano es lógicamente merecido sino si es «productivo», es decir, si sigue contribuyendo a enriquecer personalmente al individuo, si el mismo sigue física o psíquicamente activo, si todavía tiene mucho que transmitirnos y desea hacerlo o si por el contrario se ha vuelto un ser abúlico, pasivo y al que la sociedad le ha vuelto la espalda.

Sin duda si existe una época en la que cabe hablar y referirse al ocio, esa es la etapa en la que comienza la jubilación. Si como decía Marx: «el reino de la libertad sólo empieza donde y cuando las penalidades del trabajo han terminado ya», con la jubilación debería dar comienzo una fase de ocio vital interesantísima, ya que en ella empezáramos a disfrutar de un auténtico espacio de libertad.

Como he dicho anteriormente, este Ayuntamiento tiene una población altamente envejecida, casi 2.000 habitantes de una población de un total de 12.000 son personas que tienen en estos momentos 65 años o más y están jubiladas. La mayoría de estas personas pertenecen a la Asociación de la Tercera Edad del Municipio, quiénes suelen reunirse en un Local que el Ayuntamiento les ha cedido para sus reuniones y que hace las veces de un Club donde se reúnen por las tardes para conversar y practicar diversos juegos de manos, principalmente. La Asociación, que carece de un animador que dirija sus actividades y dinamice sus encuen-

tros, dedica todo el dinero que recauda y que es muy insuficiente (los socios no pagan cuota; me refiero al dinero recibido de manos de las Administraciones Públicas) a realizar alguna excursión o «celebración extra» que incluye comida y baile en algún restaurante de la zona. Estas son las dos únicas actividades que celebra la Asociación, la cual presenta continuas quejas, no sólo referentes a la precariedad de medios económicos de los que disponen para ejecutar otras actividades, sino que las mismas no sean ofrecidas y dirigidas por profesionales desde la propia Administración.

El perfil de una persona de 65 años o más de este municipio es el siguiente, en líneas muy generales: hombre o mujer de 65 años o más, jubilada, sin pensión o con pensión mínima de jubilación de la Seguridad Social, con un nivel de instrucción muy elemental, apenas saben leer y escribir con dificultad, en el caso del sexo femenino, esta situación es más grave, habiendo varios casos de analfabetismo absoluto; un estado de salud vivido subjetivamente como muy delicado y objetivamente con las enfermedades características y propias de su edad; con una situación de soledad en muchos casos o conviviendo con sus familiares más directos en donde ha perdido «su status» de «patrón» de la familia y ha pasado a ser el viejo y jubilado de la misma; en unas casas que si bien en la mayoría de los casos les pertenecen, no reúnen las necesarias condiciones de habitabilidad, necesitando todas ellas grandes reformas. Su tiempo libre lo viven en casa, sin hacer absolutamente nada o realizando actividades pasivas tales como ver la televisión o escuchar la radio. Las mujeres en contraposición a los hombres suelen realizar pequeños quehaceres domésticos y muchas de ellas ni eso o atienden a sus nietos si los hijos con los que conviven trabajan fuera del hogar y/o realizan algunas compras. Algunas mujeres y princi-

palmente los hombres, pasean por la alameda por las tardes, cuando el buen tiempo lo permite, conversan con sus amigos coetáneos y algunos de éstos se acercan al Local de la Tercera Edad a «jugar la partida» con otros compañeros.

Proceso metodológico

1. Objetivos del estudio.

1.1. OBJETIVO GENERAL.

El objetivo general de esta Investigación se centra en el conocimiento de cómo ocupa su tiempo libre este colectivo de La Tercera Edad de Ordes y en qué desearía ocuparlo, con el fin de que en un futuro próximo se puedan llevar a cabo las acciones encaminadas a satisfacer sus necesidades en dicha materia.

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Análisis de las características sociodemográficas básicas: sexo, edad y estado civil.
- Nivel de instrucción: esto es muy importante ya que el mismo puede condicionar la elección de algunas actividades a realizar en el tiempo libre.
- Situación económica y laboral: si dispone de ingresos propios y en que cuantía o si por el contrario carece de ellos, son muy precarios o vive a expensas de la unidad de convivencia, esto puede alterar determinadas actividades a realizar al igual que su situación laboral, puesto que algunas personas a pesar de su jubilación forzosa, todavía siguen desempeñando algunas actividades relacionadas con su antigua profesión.
- Estado de salud: este es un objetivo importantísimo ya que de él va a depender en muy buena medida la inversión y disponibilidad hacia el disfrute del tiempo libre.

• Situación familiar, vivienda y régimen de tenencia: si estas personas viven en soledad, con el cónyuge, están integradas en algún núcleo familiar de su propia descendencia o viven con otros parientes o en otras situaciones, puede estar condicionando su «modus vivendi» en la realización de algunas de sus actividades y en su satisfacción con ellas, al igual que el estado de su vivienda y su régimen de tenencia.

• Antigua actividad profesional: conocer la antigua actividad laboral desarrollada en el período activo y si ésta se sigue ejercitando y que tiempo de dedicación se le concede, nos permite conocer su grado de actividad y vitalidad en un período tradicionalmente infructuoso y pasivo.

• Empleo del ocio y el tiempo libre: objetivo por excelencia de esta Investigación y razón fundamental de este Estudio.

• Actividades de ocio que desearía realizar: opinión de los mayores sobre sus gustos en esta materia. Esto sentará las bases que pueden remodelar en un futuro la Política Social en materia de Servicios Sociales y Tercera Edad desde esta Administración Local.

2. Hipótesis.

• Si bien el estado civil más predominante es el de casado/a, existen porcentajes importantes de solteros/as y viudos/as y de ellos muchos viven en soledad o conviven con sus descendientes y/o otros familiares.

• Bajo nivel de instrucción, en muchos casos de analfabetismo absoluto.

• Precarios ingresos económicos propios, generalmente derivados de las pensiones mínimas de la Seguridad Social.

• Con ninguna o escasa cualificación profesional, destacando como ocupación anterior a la jubilación la de agricultor/a.

• Propietarios en su mayoría de las viviendas que habitan, si bien las mismas necesitan grandes reformas para su habitabilidad.

• Con un estado de salud vivido subjetivamente como regular o malo, pero con una gran autonomía en la vida diaria.

• La mujer acumula mayores carencias de todo tipo: más soledad, menores ingresos, mayor déficit cultural y un peor estado de salud.

• Gran cantidad de tiempo libre, prácticamente todo el día, en ambos sexos, el cual se ocupa en actividades pasivas, tales como ver la televisión o escuchar la radio y estar con la familia, fundamentalmente.

• Deseos en ambos sexos de participar con otros grupos de edad, preferentemente, en programas y actividades dirigidas hacia su colectivo.

3. Ambito poblacional.

La población objeto de estudio han sido todos los individuos de este Ayuntamiento que tienen en la actualidad 65 y más años de edad. La edad determinante de tener cumplidos los 65 años en el momento de este estudio viene condicionada porque en la inmensa mayoría de los casos, el tiempo libre comienza en el momento de la jubilación y ésta suele comenzar con dicha edad casi de una forma generalizada.

4. Ambito geográfico.

El ámbito geográfico-espacial se circunscribe al del propio municipio.

5. La encuesta.

La recogida de datos se instrumentalizó a través de un cuestionario que en 18 items, recoge información sobre los siguientes aspectos:

- Perfil sociodemográfico básico.
- Nivel de instrucción.
- Situación económica.
- Estado de salud.
- Situación familiar y de vivienda.
- Antigua actividad laboral.
- Empleo del ocio y el tiempo libre.
- Pronunciamento sobre actividades de ocio y tiempo libre más deseadas.

5.1. FICHA TECNICA.

UNIVERSO: Población de 65 años y más residentes en este municipio, en total: 1.970.

MUESTRA: El tamaño planeado para la muestra fue de 333 encuestas ($n=333$), estratificada por sexo y edad para un nivel de confianza del 95,5% y un margen de error aproximado del 5%.

ESTRATIFICACION Y AFIJACION DE LA MUESTRA: La distribución de la muestra por sexos y grupos de edad fue calculada proporcionalmente respecto al universo con los siguientes resultados:

HOMBRES				MUJERES		
EDAD	UNIVERSO	%	MUESTRA	UNIVERSO	%	MUESTRA
65-69	254	12,89	42,9-43	335	17,0	56,61-56
70-74	218	11,06	36,8-37	253	12,84	42,75-43
75-79	153	7,76	25,8-26	229	11,62	38,69-39
80— +	210	10,65	35,4-35	318	16,14	53,74-54
N = 1970						
n = 333						

6. El trabajo de campo.

Una vez elaborado el cuestionario, se iniciaron algunas actividades previas a la puesta en marcha del trabajo de campo con los tres entrevistadores con los que se ha contado y con la colaboración asimismo de esta profesional, quien los instruyó debidamente y les proporcionó el material adecuado (un plano del municipio y material fungible).

6.1. RESUMEN DEL TRABAJO DE CAMPO.

- Fechas de recogida: diciembre de 1993. enero de 1994.
- Población a entrevistar según muestreo: 333.
- Entrevistas efectuadas con validez: 333 (total muestreo).

7. El procesamiento de datos.

El procesamiento de los datos se llevó a cabo en el mes de marzo del presente año, a través de los Servicios del Centro de Cálculo de la Universidad de Santiago de Compostela. (SPSSY)

Conclusiones

El análisis de los resultados obtenidos en esta Investigación sobre las personas mayores de 65 años, permite extraer algunas conclusiones generales; para ello se han recogido algunos de los porcentajes más significativos de cada una de las cuestiones planteadas:

- El 58% de las personas entrevistadas son mujeres y el 42% son hombres.
- El 29,7% tiene entre 65 y 69 años; el 24% entre 70 y 74 años; el 19% entre 75 y 79 y el 27% tiene 80 y más años.

- El estado civil más frecuente es el de casado para ambos sexos, si bien existen porcentajes importantes de viudos y solteros.

- El nivel de instrucción es muy bajo, leen y/o escriben un total del 67,6% de los encuestados y existe un 16,8% de analfabetismo.

- Escasos recursos económicos propios, problema que se agudiza más con las mujeres, provenientes en su mayoría de las pensiones mínimas de la Seguridad Social.

- El estado de salud más representativo es de malo, con un 36,3% seguido del de regular con un 36% y el bueno 23,1% siendo más delicado en las mujeres que en los hombres.

- En cuanto a si han sido diagnosticados de alguna enfermedad crónica, el 45,9% afirman que sí frente a un 54,1% que dicen que no, habiendo más mujeres que hombres que se encuentran en el primer grupo.

- El grado de autonomía en la vida diaria para ambos sexos es bueno con un porcentaje del 87,7% de los encuestados.

- La mayoría de los ancianos viven con sus parejas y/o descendientes, sobresaliendo también el grupo de personas que viven solas, especialmente las mujeres (22,3%).

- La vivienda unifamiliar es la que habita la mayor parte de la población encuestada (80,2%) y la misma les pertenece en propiedad un 80,8%.

- Las viviendas que habitan necesitan grandes reformas en un 48,9% de los casos.

- La ocupación mayoritaria anterior a la jubilación en ambos sexos, era la agricultura con 59,8% de los casos.

- Las antiguas actividades laborales se abandonaron totalmente en un 59,5% de los

casos, si bien un 25,5% realiza algunas actividades todavía.

- El 73,6% de los encuestados dispone de todo el día libre.

- El tiempo libre se dedica por este orden a: ver la televisión y escuchar la radio, estar con la familia, pasear y conversar con amigos, realizar tareas domésticas y compras, asistir al Club de la Tercera Edad, leer, viajar y realizar manualidades.

- Les gustaría que hubiese actividades específicas para la Tercera Edad, especialmente con otros grupos de edad, a la que contestaron un total del 64,3%.

- Entre las actividades que preferirían destacan por este orden: viajes y excursiones, charlas y conferencias, Aulas de alfabetización de Adultos, Talleres de Manualidades, Recuperación de arte y folklore populares, Ejercicio físico y por último Teatro.

Finalmente y referido a Ocio y tiempo libre de los ancianos de este Ayuntamiento, objeto de estudio de esta Investigación, quiero manifestar una última reflexión y comentario personales y que se expone a continuación:

La palabra jubilación sugiere la conveniencia de prepararse hacia el ocio, de aprender a disfrutar del tiempo libre con actividades de ocio, sí, pero de ocio creativo. Puesto que los individuos tomados así, aisladamente y de uno en uno, le resultaría muy difícil, debe de increparse a las instituciones que tienen capacidad legal y funcional para hacerlo, para conducir a este colectivo hacia una nueva cultura y hacia su era; la era del ocio. Y todo ello ¿por qué?, porque la palabra jubilación ha pasado de su original traducción de «júbilo» a significar todo lo contrario: depresión, hastío, alejamiento de la participación social y reducción de la expectativa personal de autorrealización. Re-

ferido al ocio este decaimiento provoca que el tiempo libre de los ancianos se dedique a actividades pasivas tales como oír la radio o ver la televisión, en detrimento de otras actividades más de tipo creativo, recreativo y cultural. Hay que recuperar el sentido pleno de «ocio» muy alejado aquí de su término derivado «ociosidad».

Por otra parte, en nuestros tiempos, una persona a los 65 o 70 años de edad, no es todavía un anciano. A esa edad todavía se está en unas condiciones óptimas para participar muy activamente en el conjunto de la vida social. Habremos de reivindicar que la vejez es todavía hermosa y que ese período vital puede ser fecundísimo. Se debe retornar al «ocio» en su más expresivo sentido, aquel que permite a la persona *actuar* en vez de trabajar, *crear* en lugar de repetir.

Por lo que se refiere a los que todavía no somos ancianos, algo habremos de hacer para ir cambiando las cosas, trabajar para hacer de esta Sociedad un lugar en el que todos tengan algo que decir. Hay que buscar una vía para que las personas de la Tercera Edad llenen sus vidas con su participación y realización personal y social y que llegado el momento de la jubilación no sea dolorosa, no se caiga en un vacío, sino que la sociedad sea con ellos acogedora y receptiva a las aportaciones de quienes tendrán mucho tiempo diario para dedicarle y una experiencia acumulada muy provechosa.

Seguramente con el advenimiento de las nuevas generaciones a la edad de jubilación, mucho mejor dotadas de recursos, tanto económicos como culturales, se puede producir una verdadera revolución social: se proliferarán asociaciones, movimientos de opinión y hasta partidos políticos presididos por los mayores, y por lo tanto, por valores ajenos a los ahora imperantes; productividad, éxito profesional y dinero. Entonces

muchas transformaciones tendrán lugar y el anciano recuperará «su status», aquel privilegio de haber llegado a la vejez, sabiduría de haber vivido toda una vida. Es por ello que, por supuesto, las Políticas Sociales destinadas a mejorar la calidad de vida, no deberían desatender esta faceta tan importante de sus vidas como es el disfrute activo y participativo de su tiempo libre y su ocio.

Para finalizar, decir tan sólo que seguramente la mejor manera de enfrentarnos con los problemas y las circunstancias que rodean la vida de las personas mayores, es hacerlo desde la aceptación de la propia condición humana. Quizás así superaríamos esa atávica visión asistencialista con que muchas veces tratamos de encontrar soluciones a las necesidades de los mayores, como si ellos nos fuesen ajenos, olvidando nuestro inexorable destino, ya que hacia esa etapa caminamos y en ella nos encontraremos sin apenas habernos dado cuenta de que ya han pasado los años, nuestros años. Por eso, y como sugería Simone de Beauvoir, cuyas palabras cierran estas conclusiones: «No sigamos trampeando; en el futuro que nos aguarda está en cuestión el sentido de nuestra vida; no sabemos quiénes somos si ignoramos lo que seremos: reconozcámonos en ese viejo, en esa vieja. Así tiene que ser si queremos asumir en su totalidad nuestra condición humana»¹.

Con todo lo expuesto en esta última reflexión, sería deseable que la Administración Local, sede más cercana del ciudadano de a pie, a cuyo Servicio Social de Base se acercan los/as ancianos/as que han sido objeto de este Estudio, por ser el Centro más próximo y resolutivo de cara a sus problemas más inmediatos, tomase plena conciencia de la situación de «inactividad absoluta» en la que

¹ DE BEAUVOIR, Simone. La Vejez. Ed. Edhasa. Barcelona, 1983, pág. 12.

viven sus mayores, los cuales han demostrado que desean que se les preste su debida atención y se programen actividades sobre las que ya se han pronunciado. Por todo ello opino, que una posible e inicial actuación (luego serían necesarias muchas otras) que podría llevarse a cabo desde esta Administración Local, sería la implantación de las «Aulas de la Tercera Edad» con las actividades que han alcanzado los porcentajes más significativos.

BIBLIOGRAFIA

- GARCÍA HERRERO, G.: *Centros de Servicios Sociales*. Editorial S.XXI. Madrid, 1988.
- MARTÍNEZ FORNES, S.: *Envejecer en el año 2.000*. Editorial Popular, S.A. Madrid, 1991.
- DE BEAUVOIR, S.: *La Vejez*. Editorial Edhasa. Barcelona, 1983.
- MORAGAS MARAGAS, R.: *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. Editorial Herder. Barcelona, 1991.
- SUBIRATS, J.: *La vejez como oportunidad*. Publicación del Ministerio de Asuntos Sociales y la Universidad Autónoma de Barcelona. Septiembre de 1990.
- CRUZ, P. y COBO, R.: *Situación Social de los viejos en España*. Revista de Estudios y Encuestas CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) nº 21. Madrid, 1990.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES: *Características y necesidades de los mayores*. Madrid, 1990.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES: *Evolución y proyección demográfica de la población. Su característica fundamental: el envejecimiento*. Madrid, 1990.
- GABINET D'ESTUDIOS SOCIALS DE ARGÓ (Barcelona) y patrocinado por la XUNTA DE GALICIA se ha realizado y publicado la siguiente Investigación: *Las condiciones de vida de las familias de Galicia en 1992 y 1993*.
- INSTITUTO GALLEGO DE ESTADISTICA: *Censos de Poboación e Vivendas. 1991*.

BIENESTAR SOCIAL, SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS Y MENORES

Necesidad de mejorar la eficacia de los servicios sociales en la crisis del estado de bienestar

Desde mediados de los 70 el Estado de Bienestar es sometido a ataques desde distintos frentes, es acusado de ser un Estado despilfarrador, contradictorio con sus objetivos, ineficiente y en último término autoritario, en cuanto que ejerce un control sobre los ciudadanos, adaptándolos a las necesidades del sistema capitalista.

Demetrio Casado (1986), señala como graves defectos del Estado de Bienestar la burocratización de las instituciones de la política social (deshumanización), el ser incapaz de generar recursos para afrontar las nuevas necesidades y a fallar, al menos relativamente, en su táctica predilecta, que es la redistribución de la renta hacia abajo mediante el gasto social público, de tal modo que los recursos que parecen destinados a la gente menos capaz y peor situada, acaban siendo captados por otras capas sociales con mejores habilidades y posición¹.

Esta crisis del Estado de Bienestar, según Cruz Roche, Desdentado, y Cabrero

(1985) se traduce en un nuevo intervencionismo más activo y corporativo que forma parte de la lógica económica actual (Estado fuerte-Mercado libre), y que se sintetiza en un activo intervencionismo estatal y un descompromiso social que contribuyen a crear una suerte de sociedad bastarda, caracterizada por el darwinismo social, la precariedad de la fuerza de trabajo, la dualidad social, y la preeminencia de la sociedad corporativa.

Norman Johnson (1990) concibe el Estado de Bienestar como víctima de su propio éxito, «se enfatizan los fallos y se igno-

¹ Fenómeno al que se ha denominado «Efecto Mateo», citado por Demetrio Casado (1984), el cual dice que fue acuñado por Herman Deleeck, tomándolo del siguiente texto del Evangelio según San Mateo: «Porqué al que tiene se le dará más y abundará, y al que no tiene aún aquello que tiene le será quitado (cap. 13, ver. 12). Esta expresión según el autor, la tomó de R.K. Merton, quien en un artículo de 1968 titulado «The Matthew Effect in Science» publicado en *Science*, vol 159, págs. 56-63, describía como los científicos consagrados tenían muchas ventajas sobre los menos famosos a la hora de obtener créditos, subvenciones o becas, lo que significa un handicap muchas veces insalvable para los últimos.

ran los éxitos, o se les da muy poca relevancia; no se presenta ninguna prueba de que cualquier otra forma de organización hubiera producido mejores resultados».

Frente a los que piden el desmantelamiento del Estado de Bienestar, están los que ofrecen su reestructuración. Entre los aspectos primordiales en que debe basarse esta reestructuración, se sitúa la mejora de la eficacia de los Servicios Sociales (para evitar despilfarros en la utilización de recursos y contribuir a un mayor equilibrio).

Una de las indicaciones a que se llegaron en la «Consulta sobre la organización y administración de los Servicios Sociales en España», organizada en 1978 por el Ministerio de Trabajo, con la colaboración del Programa Europeo de Desarrollo Social, y que recoge Luque i Aigües (1992), abunda en esta idea:

- La búsqueda de la eficacia, funcionalidad y mejor empleo de los recursos sociales es el objetivo más urgente de los Servicios Sociales.

Paralela a esta indicación, y como operativización de la misma, se constataban otra serie de recomendaciones, de las cuales destacaríamos la siguiente:

- Es urgente la descentralización en materia de Servicios Sociales. Hay que trasladar al nivel local y regional la responsabilidad sobre los Servicios Sociales, al tiempo que hay que estimular la participación pública.

Acercar los recursos a través de los servicios sociales de base

Esta última indicación tuvo su correspondencia en la creación de los llamados Servicios Sociales de Base (los cuales toman distintas denominaciones según las Comunidades Autónomas: Servicios Sociales Comu-

nitarios, Generales, de Atención Primaria, Básicos)

Los Servicios Sociales de Base están concebidos como el primer nivel de acceso de los individuos, familia y comunidad a cualquier tipo de servicio social. Ofrecen el primer contacto de los clientes con los Servicios sociales, de tal manera que por una parte proporcionan atenciones e intervenciones y por otra, «distribuyen» a los usuarios por el sistema de servicios.

En la Ley 4/93 de 14 de Abril de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Galicia se establece que los Servicios Sociales de Atención Primaria constituyen el elemento básico del sistema en lo que se refiere a la prevención, detección, análisis de necesidades, programación del trabajo social y prestación de servicios adecuados a las mismas. Para el cumplimiento de este objetivo se establecen una serie de programas básicos de actuación:

1. Programa de orientación, asesoramiento e información sobre los recursos y posibilidades de superación de las situaciones carenciales de individuos, de grupos o de la comunidad.

2. Programa de ayuda en el hogar para prestarles un conjunto de atenciones de carácter doméstico, social, personal o educativo a los ciudadanos en su medio.

3. Programa de inserción social que procure dar respuesta a las problemáticas concretas de marginación y exclusión social aplicando tanto proyectos de trabajo social personalizados o de grupo como prestaciones económicas específicas.

4. Programa de animación, prevención y cooperación social que procure facilitar la participación en tareas colectivas que tienden a que sean los propios individuos de una comunidad los que asuman su problemática.

ca y busquen canales de solución, impulsar el asociacionismo, promocionar el desarrollo de la conciencia solidaria y, en especial, la organización y coordinación del voluntariado.

5. Programa de convivencia alternativa que suponga en determinados núcleos de población, la oferta de un alojamiento provisional en casos de emergencia personal o familiar mientras no se realice el oportuno análisis del caso y su derivación cara a un tratamiento definitivo.

Sintetizando lo anterior, podemos recurrir a Linares y Marín (1992) que establecen varios elementos característicos de estos Servicios Sociales, entre los cuales destacaríamos:

- Su carácter comunitario y polivalente: abarcan toda la población, superando lo sectorial.
- Su inmediatez y proximidad a la población y a sus necesidades primarias.
- Su ámbito de gestión local.
- Su orientación al desarrollo del bienestar social y a una mayor calidad de vida.
- Sus funciones múltiples: asistencia, información, orientación, convivencia, prevención, reinserción, promoción e intervención comunitaria.
- Su inserción dentro del Sistema General de Servicios Sociales, del que constituye la puerta de entrada.

Filosofía y presupuestos: la contradictoria situación de la protección al menor

Ya han pasado diez años desde que autores como Iris Martínez (1984), en estas mismas páginas, creían ver una transformación de las instituciones de internamiento de menores («se intenta cambiar estos métodos por nuevas formas de convivencia de los muchachos, siguiendo estas nuevas

orientaciones que llaman a la desmasificación y deshumanización en muchos casos y van hacia lo que se ha dado en llamar hogares funcionales»), pero lo cierto es que, desde entonces, apenas hemos avanzado, en el sentido de lo que debería ser la desaparición de estos centros, pasando únicamente a operaciones de «maquillaje» de los mismos.

Coincidimos con Gloria Rubiol (1979) que lo que está superado es la gran institución, sin embargo las instituciones siguen ahí: «para que desaparezcan y, de momento, para evitar los ingresos de menores en ellas, no basta solamente con la voluntad de conseguirlo. Se necesitan las condiciones sociales y los servicios adecuados». Entre estas medidas la autora hace mención a una política social que garantice el pleno empleo, viviendas suficientes, escuelas gratuitas para todos, ayudas familiares, garantía de un nivel mínimo de ingresos...

Si las filosofías y las teorías políticas parten de principios como el de planificación y coordinación, normalización e integración, prevención, territorialidad,..., los presupuestos caminan en sentido contrario.

Esto se refleja perfectamente en lo que debería ser la protección a la infancia.

A pesar de que se coincide plenamente en la necesidad de que los servicios para la infancia, indudablemente, deben de actuar de forma preventiva, no sólo asistencial, en la raíz del problema, actuando sobre las familias y el barrio, con una intervención que evite los internamientos, hoy por hoy, la atención en instituciones es todavía un sistema muy utilizado para atender a ésta. Se potencia demasiado como solución el internamiento en centros, siendo, además muy prolongados por falta de evaluación y alternativas.

A la hora de contextualizar lo anterior, debemos recurrir a un documento marco como es *El Plan Integral de Protección de Menores* de la Xunta de Galicia, verdadero corpus teórico de lo que serán las actuaciones con respecto a la protección del menor para los años 1993-96, en nuestra Comunidad Autónoma.

Así las distintas actuaciones se articulan en una serie de Programas, que a continuación detallamos:

I. Programa de Prevención y Apoyo a la Familia (Convenios y subvenciones: ayuntamientos e instituciones de iniciativa social, Ayudas en familia para la integración)

II. Programas Complementarios de Apoyo a la Familia (Atención de Día, Atención en Guarderías, Apoyo a la desinstitucionalización)

III. Programa de Prevención, Detección y Tratamiento en situaciones de Maltrato y Abandono Infantil (Campaña de Sensibilización e Información, Programa de detección

de situaciones de riesgo y maltrato, Programa de información y atención inmediata, Programa de intervención en familias maltratantes, Programa de formación)

IV. Programa de Acogimiento Familiar (Programa Acogimiento familiar remunerado, Programa Acogimientos especiales, Programa Acogimiento de hijos de reclusas, Convenios, Campañas de información y capacitación)

V. Programa de Adopción

VI. Programa de Atención en Instituciones (Atención en instituciones propias, Atención instituciones colaboradoras, Atención individualizada, Atención extraordinaria)

VII. Plan de Equipamientos Residenciales (Plan de Reforma de adecuación de instituciones colaboradoras, Plan de Reforma de adecuación de instituciones propias, Plan de equipamientos de nueva creación, propios y colaboradores)

Quizás lo que aquí más nos interese, sea ver el costo global por programas:

PROGRAMAS	1993	1994	1995	1996	TOTAL
PREVENCION Y APOYO FAMILIAR	95.000.000	135.000.000	170.000.000	200.000.000	600.000.000
COMPLEMENTARIOS DE APOYO A LA FAMILIA	44.000.000	80.000.000	95.000.000	110.000.000	329.000.000
PREVENCION DETECCION DE MALTRATO	38.000.000	111.000.000	135.000.000	154.000.000	438.000.000
ACOGIMIENTO FAMILIAR	79.000.000	100.500.000	119.000.000	137.500.000	436.000.000
ADOPCION	5.000.000	6.000.000	7.000.000	8.000.000	26.000.000
ATENCION INSTITUCIONAL	1.809.712.257	1.978.000.000	2.138.000.000	2.293.000.000	8.218.712.257
EQUIPAMIENTOS	125.000.000	305.000.000	363.000.000	404.000.000	1.197.000.000

Es bastante significativo, ver como medidas destinadas a potenciar un ambiente familiar normalizado, potenciando la acción social a través de servicios que procuren que el menor permanezca en su ambiente familiar y comunitario, proporcionando las ayudas correspondientes, tienen un presupuesto netamente inferior a las que pretenden institucionalizar al menor.

Tal y como dice Alonso Varea (1992) «a pesar del aumento de recursos respecto al pasado y de un discurso político progresista sobre infancia, si ambos no se aplican progresiva y consecuentemente se puede estar favoreciendo en muchas ocasiones el mantenimiento de una cierta *homeostasis social* negativa».

Conclusiones: la profesionalización del trabajador social versus las dificultades y desafíos de los servicios sociales de base

Partiendo de la premisa de la dificultad para evaluar programas tanto a nivel metodológico (objetivos de los programas poco claros; no suelen existir indicadores de resultados; centros y servicios no cuentan, en general, con sistemas de información adecuados, lo que imposibilita la obtención de datos fiables...), como por problemas de otra naturaleza (resistencia a la evaluación del personal de los centros y servicios sociales; evaluaciones no constantes...)², es indudable que el estudiar la eficiencia de unos determinados programas o servicios, se hace una tarea muy difícil. La eficiencia de los Servicios Sociales, para Rodríguez Cabre-ro (1984), encuentra no escasos problemas en la identificación y medida de los recursos, efectos y la relación recursos/resultados. Este mismo autor, señala, que, especialmente los resultados de los servicios, están sujetos a controversias interpretativas

en función de factores ideológicos nada desdeñables.

Centrándonos en el campo de la protección al menor, e independientemente de estos factores ideológicos nada desdeñables, es interesante el pararse a reflexionar sobre los motivos que mueven a las administraciones a invertir en instituciones, obviando otras soluciones a priori más eficaces y que están en la mente de todos, máxime cuando distintos teóricos del campo de Servicios Sociales ven la necesidad de potenciar los recursos comunitarios y proseguir la desinstitucionalización. Una pieza esencial para caminar en esta línea debe pasar por la mejora de los servicios sociales de base, mejora que repercutirá en los profesionales que prestan sus servicios en ellos, fundamentalmente Trabajadoras/es Sociales.

Con respecto a la situación de los servicios sociales en los pequeños municipios, Porras Muñoz (1992) establece una serie de dificultades en la puesta en marcha de estos servicios, y que se resumen en:

1º Necesidad de extender la red de Servicios Sociales básicos a todos los pequeños municipios, donde el acceso a los recursos suele ser más difícil.

2º Buscar fórmulas de agrupamiento municipal para resolver conjuntamente, y sin más gastos de los necesarios, la cobertura de los Servicios Sociales.

3º Promover, desde esa misma coordinación, la creación de infraestructuras y equipos suficientes.

4º Poner especial atención a la información, intercambio y formación de los equi-

² Sobre esta cuestión ver DIAZ, Á. (1985): «La evaluación de programas en Servicios Sociales», en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 1985, Nº5, pp. 26-29.

pos y de los profesionales que eviten errores innecesarios o la misma sensación de aislamiento.

Linares y Marín (1992), haciéndose eco de las aportaciones de diversos autores, sobre las dificultades y desafíos de los Servicios Sociales de Base, establecen cuatro categorías: *Dificultades y limitaciones emanadas de la propia Administración, dificultades relativas al medio o realidad en que se desenvuelve* (dispersión geográfica, que se vean como impuestos desde fuera...), *dificultades en el funcionamiento* (alto contenido burocrático, escasa coordinación con otros sistemas sociales, respuestas se articulan como prestaciones y no como procesos...), y *dificultades en los profesionales* (precariedad en los contratos, carencia de equipos de apoyo técnico,...)

Como refrendo práctico y redundando en lo anterior, podemos situar las principales conclusiones del análisis de Calvo López, L. y López Muñoz, D. (1990) sobre los Servicios Sociales Comunitarios en Galicia como asignatura pendiente:

- Un asistente social mejor o peor repartido entre un promedio de 4 ayuntamientos por profesional, atendiendo varios núcleos de población en una extensión de 873,5 KM.

- Precarización absoluta de los profesionales, que unida a un sistema de financiación por subvención anual y a un permanente baile de delimitaciones comarcales (en función de las afinidades políticas y personales), provocaba que sólo un 45% de los ayuntamientos tuviese de hecho una cierta continuidad en el servicio.

- Carencia absoluta de coordinación y planificación, a no ser la que de forma voluntaria se organizaba desde la base.

- Sonora ausencia de apoyo técnico, directrices, análisis de metodología, sistema de programación y evaluación.

- 61% de los ayuntamientos donde AS carecía de despacho propio, aunque en un 54% de esos casos lo compartía con el policía municipal o bien con el alcalde. Eso sí, casi un 70%, disponía de un lujo tecnológico llamado máquina de escribir para su servicio y otros tantos de teléfono.

- Una dedicación de más de 2/3 de tiempo de trabajo a tramitación de expedientes y en general labores administrativas.

- La implementación en precario de unos servicios desbordados identificados en el ayuntamiento, descoordinados, aislados individualizados burocratizados no podía dar mucho de sí.

- Se adoptó como modelo dominante el modelo paramédico: el servicio expendeduría «consultando» bajo mínimos los lunes y jueves en el despacho de la policía municipal, sólo estableciendo una relación del tipo demanda respuesta.

Estas conclusiones sirven perfectamente para anticipar por donde deben venir las soluciones cara a la mejora de estos Servicios.

En el medio de esta situación, aparece la castigada figura de la Trabajadora o Trabajador Social y su profesionalización.

Acebo Urrechu (1992) dice que es posible que una misma persona, contratada en función de su titulación (por ejemplo trabajador social) tenga que desempeñar en un mismo centro de trabajo diversos roles, como por ejemplo, de informador, de ayuda a personas con dificultad, de animador-movilizador de personas o grupos, de dirección de un equipo, comité o comisión de trabajo, de supervisor, de administrador-gestor de recursos...

Acebo Urrechu, esboza una serie de figuras sobre el Trabajador Social, que nos gustaría superar:

A) El solucionador o «Tendero de recursos sociales»³

B) El paño de lágrimas

C) El burócrata⁴

La saturación y malestar de estos profesionales se traduce en un «estar quemado» y en un agotamiento emocional con una pérdida de idealismo, energía y voluntad como consecuencia de las condiciones en que se desenvuelve su trabajo⁵ (situación que se define por el término inglés «Burn Out»).

Si se quiere trabajar en el campo de la infancia, desde un planteamiento preventivo y comunitario, haciendo que los internamientos en centros se hagan innecesarios, se debe empezar por solucionar los problemas anteriormente descritos de los Servicios Sociales de Base y de los profesionales que en ellos trabajan: dedicación de suficientes recursos humanos y materiales, profundización en el carácter interdisciplinario del Trabajo Social y del consecuente trabajo en grupo, profundizar en el desarrollo metodológico de los trabajadores sociales (a través de, por ejemplo, formación continua y reciclaje) que les lleve a la mejora de su imagen como colectivo.

Finalmente creemos que los profesionales de los servicios sociales, deberían profundizar en la tradición investigación-acción-participativa, ya que al asumir en su práctica cotidiana, entre otros, conceptos como participación y acción reflexiva (reflejando, por ejemplo, estas reflexiones en artículos, comunicaciones, libros, que sirvan a otros profesionales a la hora de enfrentarse con esa realidad), proporcionarían el auténtico protagonismo a los prácticos como principales agentes del proceso social frente a diseñadores de políticas sociales de salón⁶, y darían pistas a la clase política a la hora de hacer inversiones en estas áreas.

Bibliografía

ACEBO URRECHU, A. (1992): *Trabajo social en los servicios sociales comunitarios*, Madrid, Ed. Siglo XXI de España Editores, Colección Trabajo Social, Serie Cuadernos.

ALONSO VAREA, J.M. (1992): «La protección a la Infancia. ¿Contribuye a mantener la Homeostasis social?», en *Revista de Treball Social*, Marzo 1992, N° 125, pp. 6-21.

ANDER EGG, E. (1990): *Administración de Programas de Acción Social*, Documentos de Bienestar Social, N° 21, 1990, Vitoria, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

CALVO LÓPEZ, L. Y LÓPEZ MUÑOZ, D. (1990): «Los Servicios Sociales Comunitarios en Galicia: La asignatura pendiente», en *Revista de Servicios Sociales y Política Social. Especial IV Jornadas. Stº Domin-*

³ «Siempre amable con el cliente, sabernos bien en que estado tenemos nuestro almacén y cuando se acabe algún tipo de bebida, reponerla enseguida, servir con la máxima diligencia y rapidez posible, al gusto del cliente».

⁴ «Frecuentemente un trabajador social lleno de entusiasmo por trabajar con la gente, termina absorvido, deglutinado y asimilado por la burocracia. Una vez instalado en ella, está seguro, pero paralizado» Ander Egg, E. (1990), pp. 15.

⁵ Verde Figueiras, L. (1993) hace una aproximación a las causas del malestar de estos profesionales, basándose en que este agotamiento profesional reside en las relaciones interpersonales que se establecen en su trabajo, y desde esta perspectiva examina las causas según las diferentes relaciones que se establecen: a) Con los usuarios de los servicios; b) con los miembros del equipo de trabajo y c) con los jefes (staff) y la organización a la que pertenecen.

⁶ A los que Gago Guerrero (1990) califica de «burocratas interesados en aliviar situaciones», que trazan programas de bienestar social en cómodos sillones alejados de la realidad, separados de ella por las vitrinas de un interés exclusivamente personal o gremial.

- go de la Calzada, Octubre de 1990, nº 19, pp. 92-103.
- CASADO, D. (1984): «Pobreza y política social en el marco de la crisis económica», en *Cuadernos Inas: «Bienestar Social y servicios sociales en la situación de crisis económica»*, Julio-Diciembre 1984, Nº 15-16, pp. 13-16.
- CASADO, D. (1986): *El Bienestar Social aco-rralado*, Fondo Cultural Popular, Nº 54.
- CRUZ ROCHE, I.; DESDENTADO, A. Y CABRERO, G.R. (1985): *Política social y crisis económica*, Madrid, Ed. Siglo XXI.
- DÍAZ, A. (1985): «La evaluación de programas en Servicios Sociales», en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 1985, Nº 5, pp. 26-29.
- GAGO GUERRERO, P.F. (1990): «El Estado Social como obstáculo para el Bienestar Social», en *Cuadernos de Trabajo social*, 1990, Nº 3, Ed. Escuela de Trabajo Social de Madrid, pp. 57-67.
- LINARES MÁRQUEZ, E. y MARÍN, M. (1992): «España y la CEE: Un reto para los Servicios Sociales», en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 2º trimestre de 1992, Nº 26, pp. 13-25.
- LUQUE I AIGÜES, O. (1992): «Posibles líneas de evaluación de los Sistemas Sociales en los próximos años», en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 1992, Nº 18, pp. 37-38.
- MARTÍNEZ, I. (1984): «Los niños maltratados», en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 1984, Nº 1, pp. 25-35.
- NORMAN JOHNSON (1990): *El Estado de Bienestar en transición: La teoría y la práctica del pluralismo de Bienestar*, Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- PORRAS MUÑOZ, M. (1992): «El Plan Concertado para el desarrollo de las prestaciones básicas en Servicios Sociales y su incidencia en el medio rural», en *Revista de Servicios Sociales y Política Social (V Jornadas de Servicios Sociales en el medio rural)*, 2º trimestre de 1992, Nº 18, pp. 60-68.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1984): «La planificación de los servicios sociales en un contexto de crisis económica», en *Cuadernos Inas: «Bienestar Social y servicios sociales en la situación de crisis económica»*, Julio-Diciembre 1984, Nº 15-16, pp. 110-122.
- RUBIOL, G. (1979): «Propuestas para la desinstitucionalización de la infancia», en *Revista de Treball Social*, Marzo 1979, Nº 73, pp. 33-38.
- VERDE FIGUEIRAS, L. (1993): «Aproximación ás causas que producen malestar aos traballadores dos servizos sociais», en **VVAA (1993): *El Malestar en los Profesionales de los Servicios Humanos y Sociales***, La Coruña, Ed. Fundación Paideia.

LA LUCHA CONTRA LA POBREZA EN ESPAÑA: **Una experiencia compartida con el resto de los** **Países Comunitarios**

Este documento ha sido elaborado con las aportaciones de los proyectos españoles de Pobreza 3: Desarrollo Rural Integral de la Comarca Montes de Oca, en Burgos (Jefe del Proyecto: Alberto Roa); Programa de Acciones Integradas Onyar Est, en Girona (Jefes del Proyecto: Amadeu Mora y Josep Just); Proyecto Marismas del Odiel en Huelva (Jefe del Proyecto Juan Sebastián González); Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos sin Hogar, en Madrid (Jefes del Proyecto Abelardo Rodríguez e Isabel Herrero); y la Unidad de Investigación y Desarrollo (URD) del Programa, (Santiago Mancho y Jordi Estivill).

Coordinación y redacción final: Santiago Mancho (URD).

Los españoles que hemos participado en el Programa europeo de lucha contra la pobreza, conocido como Pobreza 3, queremos haceros partícipes de nuestra experiencia, de lo que hemos aprendido durante estos cinco años por nuestro trabajo en España, dentro de un Programa de Unión europea, cofinanciado por las Administraciones públicas españolas, que se extiende desde Alborg hasta Huelva y desde Limerick hasta Argroupolis, con el único objetivo de roturar nuevos caminos capaces de acabar con la pobreza y la exclusión.

Lo hacemos por sentido de responsabilidad y para marcar públicamente nuestro compromiso personal y colectivo ante la so-

ciedad española, nuestro empeño en una tarea entrañable y apasionante y nuestro deber para con el resto de tantos y tantos compañeros que, con menos visibilidad y medios de los que nosotros hemos gozado, comparten la misma, o mayor dedicación y empeño.

Son aportaciones de nuestra propia experiencia que hacemos públicas a modo de manifiesto, pero desde una óptica fundamentalmente técnica, sin implicaciones ideológicas ni políticas de ningún género.

Nuestra gratitud a las Administraciones públicas, desde la Central y autonómica a, y sobre todo, la local, y a todos cuantos nos han ayudado en nuestro trabajo. Gracias.

1. El ámbito de la pobreza

1. En la Unión europea hay actualmente más de 50 millones de pobres. Aunque persisten bolsas de lo que conocemos como pobreza tradicional, se trata, en su mayoría, de los nuevos pobres, los que llamamos los excluidos, los que están fuera de lo que la mayoría disfruta: empleo adecuado, vivienda digna, acceso a la formación, prestaciones públicas, relaciones sociales, etc.

La pobreza/exclusión sigue aumentando en nuestro entorno. De hecho el incremento de la exclusión va paralelo al crecimiento económico y paralelo asimismo a la construcción de la Unión europea.

2. Si siempre hemos logrado convivir con grupos pobres porque su propia marginación los ocultaba a nuestra vista, hoy nos es más difícil porque los excluidos están entre nosotros, en nuestra familia, nuestro barrio, nuestros amigos. No son ya gente al margen, son uno de nosotros.

Pero, si cuando los pobres están lejos nos parecen gente buena, de buenos sentimientos, víctimas de la explotación y merecedores de compasión y ayuda, cuando están cerca son despreciables, víctimas de sus propios desmanes y errores y competidores nuestros. Un enemigo. La cercanía o la lejanía marca el punto de inflexión en nuestra aptitud hacia los excluidos. La amenaza para nuestra propia situación, sobre todo cuando se trata de poblaciones inmigradas de fuera de nuestra comunidad.

3. La pobreza afecta de manera desigual a los colectivos, las generaciones y las zonas geográficas. Así, estos fenómenos afectan cada vez más a sectores de la población hasta ahora alejados de la precariedad, a las mujeres, especialmente a las que tienen que soportar solas las cargas familiares, a los jóvenes sin trabajo o a los que lo

tienen muy precario, a los viejos con bajas pensiones y a los que ya no son autónomos, a las personas o grupos aislados en las grandes ciudades y a los que viven en un mundo rural que se desertifica o a los que viven de un trabajo agrícola poco modernizado.

4.- No se trata únicamente de la disparidad entre las rentas, entre los de arriba o los de abajo de la escala social, sino entre los que se encuentran en el centro del sistema productivo, distributivo y de poder, y los que están excluidos de él. Dicho de otra manera, la diferencia ya no consiste en estar más arriba o más abajo, sino en estar dentro o fuera.

5. Así pues, constatamos que la pobreza y la exclusión son cada vez más estructurales, crónicas, acumulativas y pluridimensionales.

Estructurales porque no responden a procesos esporádicos, sino que se generan en el corazón de la organización económica y social.

Crónicas (más bien cronificantes) porque estabilizan y reproducen una determinada población en situaciones de gran vulnerabilidad.

Acumulativas porque a la escasez de recursos económicos y de trabajo se suman problemas de salud, de vivienda, formación y cualificación profesional, de acceso a los servicios y equipamientos colectivos, etc.

Pluridimensionales porque, tanto para las personas como para los colectivos, estas situaciones no proceden de una sola causa ni provocan un sólo efecto, sino que abrazan al conjunto de sus vidas y del contexto que les rodea. En este sentido podemos hablar de pobreza/exclusión como desestructuración y precariedad de las personas y colectivos, que afecta a todos los ámbitos de la vida: salud, educación, vivienda, tra-

bajo, relaciones... deficiencias que se dan de forma acumulativa en las poblaciones que las padecen.

6. Nos estamos acostumbrando tanto a este tipo de exclusión que llegamos a concebirla como algo externo al sistema. Se acepta el sistema, pero se rechazan sus consecuencias como un efecto perverso pero inevitable o, incluso, necesario.

A menudo se mantiene un discurso desde el que se considera la exclusión como una patología (cuyas causas proceden del propio sujeto o del colectivo), y así se actúa sobre aquellos que han sido excluidos, en vez de hacerlo sobre las condiciones y mecanismos de exclusión del propio sistema.

2. El papel de la comunidad europea

7. Ante esta preocupante situación, es necesario constatar el rotundo fracaso de la mayoría de las políticas económicas y sociales arbitradas en los últimos años y de un tipo de desarrollo económico basado en la competencia a ultranza y en el individualismo, que cada vez crea menos trabajo, explota más irracionalmente los recursos y aleja a los más débiles, creando unas expectativas de consumo que no puede cubrir.

La limitación de los fondos públicos, los recortes a la protección social, el raquitismo del mercado de trabajo, las transformaciones de las estructuras familiares y demográficas son causas inmediatas y los retos de un futuro próximo que obligan a repensar las formas tradicionales de intervención pública y privada.

8. La amplia dimensión que abarca la exclusión en la Unión europea y, en nuestro caso en España, con el patente peligro de agravarse todavía más, debe situar la preocupación de la lucha contra la pobreza en

el eje de las políticas económicas y sociales. Ya no se trata, como pudo serlo en tiempos pasados, de un fenómeno marginal, sino de un componente importante de nuestras sociedades, que amenaza seriamente con romper el lazo social y la convivencia entre nosotros.

9. El Programa comunitario Pobreza 3 parte de estas premisas. E intenta innovar los procesos de intervención social. Actuando con los excluidos, intenta hacer visible los procesos de exclusión, más en sus causas que en sus efectos, e incidir en las políticas sociales, ya sea a nivel local, regional, nacional, o europeo. Nace con vocación de convertirse en catalizador de las políticas sociales.

10. La metodología de la Comisión europea, ligada al famoso principio de subsidiariedad, le impide intervenir directamente en la política social de cualquier Estado miembro. Su papel, en este tema, consiste en proporcionar los medios, alentar la innovación, crear, en fin, a través de intervenciones sociales rigurosas, contrastadas en el debate con el resto de los países comunitarios, los elementos capaces de iluminar una cierta forma de hacer política social. Se trata pues de programas piloto, experimentales, con metodologías y estrategias, con objetivos y metas, desarrollados en la experiencia y el contraste con otras intervenciones en todos y cada uno de los países comunitarios, a partir del enriquecimiento provisto por programas anteriores.

3. El ámbito de intervención

11. Todo desde lo local, desde el **territorio**. Cuando se diseñan o plantean importantes medidas a nivel global, resulta difícil comprobar sus resultados a nivel local. En ello entra en juego la estrategia de intervención, es decir, que para trabajar sobre los efectos de la exclusión, habrá que partir de los grupos que la sufren; para trabajar so-

bre las causas estructurales de la exclusión habrá que centrarse en un territorio.

El territorio como origen de las estructuras económicas y sociales, lugar privilegiado de intercambio económico, localización de servicios y donde toma forma y cuerpo el entramado social, tanto como el lugar donde la pobreza se expresa y se la puede atacar.

12. Las acciones que se ponen en marcha deben constituir verdaderos observatorios locales, desde donde analizar las distintas características y evolución de la exclusión social.

Una realidad tan cambiante y multiforme precisa de un conocimiento permanente y sistemático. Este observatorio debe arrojar pistas de reflexión y permitir trazar líneas directrices de que en qué incidir, cuáles son los cauces, con qué prioridades, dónde intervenir, cómo hacerlo, etc.

La aparición, en el desarrollo de cualquier acción, de nuevas situaciones y problemáticas ocultas en los supuestos de partida, constituye una continua revisión del diagnóstico inicial y una revisión permanente de estrategias y objetivos de cualquier intervención.

Así pues, debe existir una continua necesidad de estudio y elaboración de nuevos enfoques de la intervención y nuevos planteamientos metodológicos.

13. La importancia fundamental de lo «local» como núcleo vertebrador en la lucha contra la exclusión, admitido unánimemente por todos los participantes europeos, no obsta a otra obviedad: que la suma de las soluciones locales no da, sin embargo, la solución global. Es necesario actuar territorialmente y pensar y decidir globalmente.

Es en cada ámbito territorial, de la esfera local a la europea y al revés, donde de-

ben encontrarse las fórmulas y los recursos adecuados que se vayan articulando y coordinando vertical y horizontalmente en unas nuevas reglas de juego. Planes integrales de lucha contra la pobreza y la exclusión deben diseñarse y aplicarse en cada ámbito. Planes que no pueden ser obra de un sólo agente, sino el producto de todos: Administración pública, agentes socio-económicos, iniciativa social, asociaciones de ciudadanos, voluntarios, etc.

14. En este sentido, es en el que se sitúa otro de los elementos importantes en la lucha contra todo tipo de exclusión: la creación de redes, a nivel local, luego regional, nacional o europeo, redes de debate, de transferencia de experiencias, de apoyo, de comunicación de saberes adquiridos, etc., de todos los que, de un lado a otro de la geografía, están empeñados en las mismas o parecidas tareas.

15. En estas redes activas de comunicación e intercambios constantes, no pueden formar parte únicamente los que se ocupan del campo social. Es necesaria la confluencia del mundo económico, del mundo político y del mundo social, en la que estas tres lógicas, demasiado a menudo aisladas y paralelas, se conjuguen de manera común en un esfuerzo activo y paritario.

El mundo social ha de entender e incorporar muchos de los elementos del mundo económico, sin perder por ello su especificidad, y el segundo no puede seguir ignorando los costos sociales de sus decisiones. Es igualmente necesario establecer un diálogo abierto con el mundo político y con toda la población para que los avances del trabajo cotidiano impregnen las decisiones políticas.

4. Principios del programa. El partenariado

16. Este último punto nos introduce en

uno de los elementos clave de la innovación que supone, para la lucha contra la pobreza y la exclusión, el programa comunitario Pobreza 3. Se trata de lo que hemos venido en llamar con un galicismo «el partenariado» (partenariat en francés, derivado a su vez de la palabra inglesa partnership, de difícil traducción en español). Es, sin duda, uno de los principios estratégicos de Pobreza 3 con mayor impacto en la dinámica del programa en su conjunto y de los proyectos que lo han llevado a cabo, en particular.

Podemos decir que entendemos por partenariado «el proceso por el cual dos o más agentes de distinta naturaleza, conservando su propia especificidad, se ponen de acuerdo para, en un tiempo determinado, hacer algo que es más que la suma de la actuación de cada uno, o que no podrían hacer solos, o que es distinta de lo que ya han hecho y que implica riesgos y beneficios compartidos».

17. El partenariado no es ni puede ser la panacea, el principio mágico capaz de resolver todos los problemas. Pero, en primer lugar, puede ser el reconocimiento de la responsabilidad institucional y global de todos los actores en la lucha la precariedad y la exclusión.

En segunda lugar, ofrece la posibilidad de romper los mecanismos tradicionales de la política social, su estancamiento, su paternalismo y su jerarquización, su simplificación y su lentitud.

En tercer lugar, ofrece la palabra a las nuevas necesidades y exigencias, a las nuevas afinidades colectivas y las maneras de comprender y de actuar en el terreno social.

En cuarto lugar, el partenariado es la conjunción de diferentes actores (los más excluidos, los voluntarios y las organizaciones de las que dependen, los profesionales, los cargos locales electos, la administración

pública, los sindicatos, las empresas, los ciudadanos, etc.), de diversas dimensiones (social, económica, política), de sectores (educativo, sanitario, de vivienda, etc.) alrededor de planes integrales de desarrollo de los recursos existentes en un territorio.

En quinto lugar, y en términos de acción de los proyectos, el partenariado garantiza la transferibilidad de las acciones, su horizontalidad territorial, atrae y multiplica los recursos humanos y financieros de instancias y fuentes exteriores.

18. La presencia de diversos actores garantiza una mayor agilidad para identificar y dar respuesta a circunstancias locales complejas y cambiantes. Puede forzar a renunciar a objetivos contradictorios y a avanzar cuando éstos son comunes. El partenariado puede también forzar cambios de actitud, de objetivos y de sistemas de organización tradicionales, aceptando e incorporando formas nuevas de participación e intervención. Es así como el partenariado se transforma en un principio operativo, en una estrategia en la lucha contra la pobreza y la exclusión.

19. El partenariado no se construye de la noche a la mañana. Es, ante todo, un proceso dinámico y complejo. Un proceso de construcción de diálogos y aproximaciones con un sector amplio de agentes socio-económicos. Significa descubrir mutuamente lógicas diferentes y espacios de intervención, intereses comunes y formas de trabajo para rentabilizar y hacer llegar a los más excluidos recursos ya existentes. En definitiva, reproducir una dinámica de «concertación» a nivel local para la lucha específica contra la pobreza.

Es también un proceso de aprendizaje. Aprendizaje de nuevos métodos de trabajo, de recomposición de identidades profesio-

nales, es influencia en áreas de competencia y/o zonas geográficas de intervención, así como de adaptación de los modelos organizativos utilizados.

20. Para la consecución de un partenariado, tan importante para la integración de acciones en el territorio, constatamos los siguientes elementos clave:

- La importancia de conseguir compartir la lectura de los problemas.

- Conocer las lógicas y espacios de los diferentes servicios e interlocutores del territorio.

- Aprender a trabajar juntos sobre proyectos concretos ofreciendo una oferta de servicios más global, más integrada y más efectiva en la medida que se centra en las necesidades del «sujeto» y no en las necesidades de los propios servicios.

- Las especificidades de cada uno se aplican de forma más adecuada. (No es necesario que todos hagan de todo).

- Substituir la competencia por la cooperación en beneficio de los afectados y de los propios servicios.

- La actuación en conjunto gana legitimidad y fuerza ante la opinión pública y las administraciones.

21. Cada vez recibe más y mayor consenso la opinión que sólo mediante planes integrales de desarrollo del conjunto de los recursos existentes en un territorio se pueden paliar los efectos y atacar las causas de la pobreza. Y todo ello desde las diversas dimensiones (social, económica, política) así como de los diferentes actores (públicos y privados) y de los diferentes sectores.

Desde la perspectiva de la lucha contra la exclusión social, el partenariado pretende ser la respuesta a la complejidad y a la multidimensionalidad de los fenómenos de exclusión.

5. La multidimensionalidad

22. Si el partenariado, por su carácter innovador, es el principio fundamental de la intervención promovida por el Programa Pobreza 3, otros dos principios (que ya estaban presentes en el segundo programa) completan la estrategia utilizada en la lucha contra la exclusión y la pobreza. Se trata de la multidimensionalidad y la participación de los afectados.

Por multidimensionalidad entendemos lo que su mismo nombre claramente indica: que la pobreza/exclusión tiene múltiples caras y múltiples causas.

Es un fenómeno que, más allá de la precariedad económica, engloba muchas áreas de la vida de la persona: trabajo, salud e higiene, vivienda, educación, formación, relaciones sociales, etc.

La intervención de Pobreza 3 viene determinada por la actuación en todas esas dimensiones al mismo tiempo. Por ello la multidimensionalidad es uno de los principios de actuación del programa.

23. Si se acepta esta caracterización de la pobreza y la exclusión, lógicamente las políticas y los proyectos que se les enfrentan han de ser integrales, abrazando al conjunto de sectores (sanitario, educativo, laboral, de la vivienda...), de actores (públicos y privados) y de funciones (preventiva, integradora/insertora, recualificadora, movilizadora...).

24. Tradicionalmente los programas de acción social se han llevado a cabo por diferentes entidades y también desde puntos de vista divergentes y bajo diversas legislaciones. Esta manera de actuar ha dispersado los esfuerzos de los trabajadores sociales y ha propiciado soluciones a menudo demasiado puntuales y de efectos temporales muy limitados.

Para combatir esta dispersión y conseguir unos resultados positivos a largo plazo, hay que coordinar e integrar todos los planes de ayuda social, incluso los que se derivan de los servicios públicos o de los movimientos asociativos. De esta manera se consiguen actuaciones consistentes y eficaces.

25. La multidimensionalidad está estrechamente ligada con el partenariado. Del análisis del proceso seguido por los proyectos, una de las aportaciones importantes es la constatación de los límites de «lo social» en la lucha contra la exclusión. No se pueden estructurar respuestas en todas las dimensiones desde la lógica social y desde sistemas de servicios sociales. Hemos llegado a una cierta desmitificación de la capacidad de lo social, a pesar de que tenga importantes recursos (la existencia de recursos no es el único ni a veces el más importante factor para conseguir éxito en la persecución de objetivos de este complejidad).

Constatamos que para hacer frente a fenómenos multidimensionales no es suficiente la interdisciplina en los servicios ni lo interdepartamental en las administraciones. Es necesario abrir los sistemas y buscar la pluralidad de agentes, espacios, métodos, profesionales en las dimensiones económicas y sociales. Hay que integrar la dinámica socio-económica real, con sus protagonistas y desde sus espacios.

26. Las administraciones intentan paliar las disfunciones haciendo programas interdepartamentales, los técnicos intentan crear equipos multidisciplinarios, pero creemos que los cambios hay que dirigirlos hacia la pluralidad de agentes en nuevas estructuras capaces de integrar e implicar el conjunto de recursos, la pluralidad en lógicas y espacios de intervención, la pluralidad de sistemas y organizaciones, públicas, no gubernamentales, empresariales, ciudadanas.

6. La participación de los afectados

27. El último elemento de los principios de intervención del programa, se refiere a la participación de los afectados, lo que, de otra forma, llamamos la movilización. Cualquier acción de discriminación positiva, de ayuda, etc., es válida si genera la movilización en el afectado. La movilización es la verdadera ayuda. En este sentido, uno de los afectos perseguidos por el programa ha sido romper la pasividad, la dependencia que, a menudo, se genera en proyectos sociales como efecto perverso.

28. Todos estaremos de acuerdo en que los primeros y los que acostumbran a hacer más esfuerzos en la lucha contra la pobreza y la exclusión son las personas y colectivos más excluidos. Y, por tanto, su participación es imprescindible. Esto no significa crear mecanismos formales de participación sino establecer procesos en los que, en primer lugar, cabe saber escuchar qué significa la cultura de la pobreza y sus contradicciones; segundo, resolver los problemas de supervivencia material y los de la autonomía personal, familiar, colectiva; tercero, encontrar los caminos de una incorporación sucesiva o bien en comisiones, mesas, grupos de trabajo internos, al proyecto, o bien en circuitos, asociaciones del propio barrio, pueblo, etc.

De esta manera pueden ir madurando al mismo tiempo una intervención activa de los afectados y unos canales de participación que vayan más allá de los mecanismos formales de representación.

29. Las asociaciones que han participado en los proyectos, han demostrado tener el poder de generar decisiones políticas, convocar las diferentes administraciones implicadas, evidenciar duplicidades y falta de coherencia en el territorio, y, al mismo tiem-

po capacidad de crear en la población efectos multiplicadores, estado de opinión.

7. La evaluación

30. Para el Programa Pobreza 3 ha sido fundamental asegurar bien la función de evaluación. La evaluación es más que una simple descripción de los resultados del Programa. Pretende ser un instrumento básico que permita avanzar por el camino de un futuro tratamiento de la pobreza sistematizado y coherente. Por este motivo se concibe estrechamente interrelacionada con la labor de todos los profesionales que participen en el proyecto, al servicio de la gestión, planificación y mejora del Programa, y centrada en los impactos en el sujeto. La evaluación desarrolla un papel importante en la generación de conocimientos sobre la intervención social y en la formación de los trabajadores sociales del Programa.

31. La evaluación se establece sobre tres ejes:

- **La investigación del contexto:** conocimiento del contexto social de la exclusión y de las diferentes formas como se presenta la pobreza en las sociedades desarrolladas. También procura que haya correspondencia entre las estrategias diseñadas y el conocimiento de este contexto.

- **Evaluación del proceso:** comportamiento real de la aplicación de los diferentes elementos del Programa.

- **Evaluación de los resultados:** consecuencias e impactos del conjunto del Programa.

El objetivo de una evaluación de estas características es doble: definir los criterios de eficacia en la ejecución de las estrategias y dotar al Programa de una gran transferibilidad.

32. La evaluación (así como la investigación) son parte integrante del proyecto de

intervención social y si no quieren quedar restringidas a una función interna, deben tener una dimensión transnacional que sea capaz de proponer esquemas comunes y de construir un patrimonio conjunto que llene de contenido la Europa Social. En este sentido, es fundamental asimismo, plantearse la transferibilidad de las enseñanzas. Lo que implica comprender el contexto general y particular en que opera el proyecto, saber derivar las líneas fundamentales, olvidando las anécdotas y los aspectos más concretos, organizando seminarios temáticos y creando sistemas informativos adecuados.

8. Transferibilidad de saberes

33. En la aplicación de estos principios de intervención social, Pobreza 3 como programa piloto, desarrollado a nivel comunitario, pretende probar la bondad de las estrategias utilizadas y los resultados obtenidos, a la vez que «impactar» las políticas sociales a todos los niveles, desde el local (lugar privilegiado y el más apto para la experimentación), hasta el europeo, pasando por el regional y nacional.

34. El objeto genuino de la transferencia en políticas sociales es la innovación. Para discutir sobre transferibilidad es fundamental referirse a la relación que se establece entre «experiencia», «evaluación», conocimientos» e «innovación».

Transferibilidad de qué?. Es este un aspecto fundamental que debemos delimitar a la hora de referirnos a la transferibilidad. Pensamos no equivocarnos al afirmar que cuando hablamos de transferibilidad en el ámbito de la intervención (de las políticas sociales), no nos estamos refiriendo a conocimientos científicos (que, por definición, pretenden ser transferibles), sino que nos referimos a aquellas prácticas que, aunque necesitan ser sistemáticamente conceptualizadas/teorizadas para ser transferidas, son opcionales,

alternativas entre sí y, en todo caso, definidas como más o menos eficaces/adecuadas social, política y/o técnicamente.

35. Pobreza 3 se ha encontrado ante una innovación tecnológica, una alternativa práctica a las anteriores prácticas, que implica un cierto «salto en el vacío»: se desconocen los nuevos resultados, no se tienen suficientemente claros los aspectos legitimadores de la nueva forma de intervenir...

Es precisamente aquí, en esta inseguridad, donde encontramos uno de los aspectos explicativos de la necesidad de incorporar la función de la investigación evaluativa a la nueva acción:

versus la tradición hacen falta argumentos de peso, bien estructurados, producidos por una experiencia sistemáticamente observada y por una teorización adecuada de la práctica.

36.- La visibilidad, la irradiación y el impacto de los proyectos hacia el exterior no es accidental, por cuanto una de sus funciones es ayudar a la emergencia de la pobreza y la exclusión, a cambiar la imagen y los estereotipos predominantes, a generar una toma de conciencia ciudadana e influir en ámbitos más amplios de decisión.

En este sentido, cabe cuidar la información hacia el exterior, sensibilizar a los medios de comunicación, utilizar los medios audiovisuales y contribuir a organizar plataformas de debate, foros de reflexión y discusión donde, con el conjunto de agentes, organizaciones, grupos, proyectos y personas implicadas en la lucha contra la pobreza y la exclusión, se puedan depositar las enseñanzas y, ampliándolas, redirigirlas hacia otras instancias.

9. La inserción económica

37. Ya hemos apuntado anteriormente nuestra constatación de la insuficiencia de

lo social para luchar contra la exclusión. Fue un convencimiento que nos llegó tras pasadas las primeras etapas del Programa. Los intercambios europeos nos permitieron observar otras experiencias y con ellas tomar distancias. Lo transversal y constante en la mayoría de las prácticas observadas era la búsqueda de caminos entre lo social y lo económico. De ahí surgió el esfuerzo por la inserción en lo económico.

38. Una de las causas principales de la exclusión endémica es la gran dificultad que tienen los que la sufren para poder incluirse en los *circuitos habituales* de selección - formación - empleo.

Para que los excluidos puedan hacer frente a esta complejidad, el proceso de inserción económica por etapas, objeto central del dispositivo técnico de inserción económica, formaliza y estructura en un todo las exigencias de los circuitos habituales de selección-formación-empleo.

En esta base, las etapas de este proceso formal orientan y canalizan los esfuerzos de los candidatos hacia las oportunidades reales de formación-empleo. Los excluidos pueden, de esta manera, incluirse en los circuitos habituales de selección-formación-empleo.

39 La cuestión de la pobreza no ha figurado nunca en el repertorio de las prioridades analíticas de la profesión económica. Por su parte, lo social también ha despreciado a lo económico, acentuándose así el divorcio entre ellas y profundizándose la ruptura interna del bienestar social.

40. Desgraciadamente el éxito de la noción de integración está asegurado siempre que la exclusión sea concebida como algo externo al sistema, que pueda ser resuelta sin operar en él transformaciones significativas. Pero sin estas transformaciones difícilmente puede hablarse de acciones con-

tra la exclusión. Hay que romper con la lógica de la asistencia, por una parte, y, por otra, realizarse bajo la perspectiva de políticas de desarrollo local como procesos de lucha contra la exclusión.

Las políticas que luchan contra la exclusión que no operan bajo las lógicas económicas que la producen, sólo perpetúan las condiciones de los colectivos desfavorecidos. Se puede constatar que si las políticas sólo se esfuerzan en el aspecto socio-formativo de la inserción, sin que exista una intervención sobre el funcionamiento del mercado laboral, provocan más efectos negativos que positivos.

41. Es necesaria la elaboración de metodologías apropiadas para favorecer una articulación entre los actores de la inserción y los medios empresariales.

Sólo desde formas de concertación social local, de adecuación y redefinición de las necesidades sociales, tanto a escala regional como local, se puede hablar de desarrollo de políticas públicas contra la exclusión, particularmente de las políticas activas de empleo.

10. Los itinerarios de inserción

42. Uno de los métodos utilizados para la inserción en Pobreza 3, han sido los llamados **itinerarios de inserción**, donde confluyen los esfuerzos personales, técnicos, metodológicos, así como los recursos y dispositivos existentes, sobre la persona o familia beneficiaria de la acción.

Esta metodología de trabajo puede aplicarse en toda intervención social, con mayor o menor intensidad, dependiendo de los dispositivos y recursos de los que se disponga (servicios sociales básicos, aplicación de rentas mínimas, dispositivos de inserción laboral, etc.).

A través de los itinerarios de inserción, se pretende:

- Conseguir la movilización del afectado en contraposición a la pasividad y la inconstancia.

- Participación activa en su autodiagnóstico y diseño de su itinerario de inserción, adoptando compromisos propios y exigiendo los del servicio.

- Modificar la relación entre el servicio y el usuario, estableciendo un trato de igual a igual, en cuanto a derechos y deberes.

- El consenso es factor común en cada momento del itinerario.

43. A pesar de los costos económicos de la creación de un nuevo dispositivo de inserción laboral y económica, los ahorros en prestaciones y subsidios de desempleo y en ayuda sociales, son muy superiores a los gastos.

Por otra parte, los salarios que obtienen los antiguos excluidos, representan una fuerte inyección económica sobre un territorio desfavorecido, contribuyendo a mejorar aspectos de la economía local.

11. Recursos humanos contra la exclusión

44. Digamos también que los proyectos integrales de lucha contra la exclusión han de tener unos recursos financieros, técnicos y humanos en coherencia con los objetivos que persiguen. Deben ser formulados clara concisamente, sin caer en intencionalidades demasiado generales y ambiciosas. Debe existir coherencia en las actividades desarrolladas, evitando la multiplicidad y la dispersión, formulando y aplicando unos ejes que las vertebran. Los proyectos no pueden dejar de aplicar una gestión financiera, contable y administrativa, rigurosa y transparente, marcando prioridades y adecuando los

medios y el organigrama organizativo a las finalidades perseguidas.

45. El equipo humano que dirige y ejecuta un proyecto es fundamental. De su capacidad dependen, en gran medida, los resultados positivos o negativos. Por ello adquiere una gran importancia la formación de todos los que intervienen, tanto de los que tienen una relación diaria con el trabajo de base, como de los cuadros intermedios, y muy especialmente de los dirigentes. En este sentido, son necesarios momentos de formación destinados a unos nuevos perfiles profesionales que sepan combinar las dimensiones económicas y sociales, gestionar proyectos de envergadura, aplicar procesos complejos de evaluación, combinar momentos tácticos y estratégicos, dirigir equipos humanos multidisciplinares, etc.

46. Y terminamos diciendo que parece obvio para todos que la inserción es la piedra de toque de las políticas sociales, y no sólo de las sociales, y de los proyectos que luchan contra la exclusión.

Inserción que, una vez más, no puede tener una única dimensión (social o económica), ni un sólo objetivo (laboral), ni ser una flor de verano.

Se trata de un proceso lento, complejo, difícil, que puede durar tanto o más que lo que ha durado el itinerario de exclusión.

Que plantea no sólo los esfuerzos que deben hacer los que han de ser incorporados, y los canales de acceso a esta incorporación, sino también las modificaciones que cabe introducir en la sociedad y en la economía para hacerlas menos exclusivas y más permeables.

Que plantea una necesaria negociación y movilización de los afectados, su recualifi-

cación y autonomía personal y colectiva, pero también cambios sustantivos de los gestores y profesionales del campo social y de los servicios existentes.

Que plantea, en el fondo, la heterogeneidad de las situaciones de partida y de las de llegada, obligando a encontrar multitud de fórmulas y dispositivos (toma de conciencia, formación pre-laboral, acompañamiento social, aprender a encontrar trabajo, autoocupación, actividades socialmente útiles, fórmulas grupales y asociativas, empresas de inserción, cooperativas de solidaridad, mantenimiento económico y rentas mínimas, etc.).

12. La solidaridad

La última palabra será para el llamamiento a la solidaridad. Decía la poetisa nicaragüense Gioconda Belli, que la solidaridad es la ternura de los pueblos. En Pobreza 3 también ha tenido cabida, al menos en dos niveles del proceso de intervención:

- El que subyace en la configuración del propio partenariado, que ha de unirse «solidariamente» en el intento de una respuesta efectiva en la superación de los procesos de exclusión. Esta es la base que legitima el papel reconocido de la administración y de los agentes sociales.

- El implícito en el mismo proceso de promoción y desarrollo de personas, grupos y contextos, en cuanto que se produce en la medida en que se superan las dimensiones de intereses, proyectos y aspiraciones. Las necesidades individuales en contextos de exclusión tienen una dimensión colectiva, por lo que colectivamente han de ser abordadas.

LA TRANSMISION HETEROSEXUAL DEL SIDA EN ESPAÑA

Introducción

El SIDA aparece en las últimas décadas del siglo XX. El mundo está claramente dividido entre las sociedades occidentales, postindustriales, metidas de lleno en la era de la cibernética, del crecimiento económico acelerado, de la sobrealimentación, y los pueblos que ocupan una gran extensión de países del «Sur» donde sus ciudadanos viven en situaciones infrahumanas y su lucha es por la subsistencia. Todo ello, va parejo al serio deterioro medio ambiental a nivel mundial de nuestro planeta.

En la mayoría de las naciones occidentales, al apogeo económico ha seguido la actual situación de crisis profunda que obliga, a replanteamientos sobre las bases económico-políticas de nuestras organizaciones sociales. No existen objeciones serias a la percepción histórica de que nuestro desarrollo comunitario está caracterizado por una fuerte cultura del individualismo y a la ostentación del consumo por el consumo. Y es precisamente esa idiosincrasia de nuestra organización como sociedad la que provoca el proceso de desmembración y con-

flicto entre conjuntos humanos. En definitiva, resulta innegable que nos asentamos en comunidades regidas por las leyes del darwinismo societal. El concepto de *seguridad* se ha convertido en el valor más cotizado por las corporaciones más avanzadas económicamente.

Es en este contexto, donde la vida y la muerte tienen el sello y el sentido esencial de nuestro tiempo, donde vamos a basar nuestras hipótesis y conclusiones. La epidemia por VIH tiene su localización en la actual estructura y organización social, pero arrastrando las reminiscencias de las creencias decimonónicas de otras enfermedades padecidas anteriormente por la humanidad. No es casual que la metáfora principal empleada para el SIDA, haya sido la de «peste» pues este término representa la peor de las calamidades y lleva asociado un juicio a la sociedad. La enfermedad aparece como propia a la vez del individuo y de éste como miembro de un grupo o colectivo de riesgo.

Lo más grave del SIDA, no es sólo que se trata de una enfermedad mortal, sino que su padecimiento inserta al infectado dentro

de un grupo poseedor de una etiqueta social descalificatoria, le deshumaniza y confiere al enfermo una nueva identidad que le merma su propia dignidad.

Por primera vez, una epidemia se contabiliza por el número de casos, más el número de personas sanas infectadas. Esto tiene especial significación en dos vertientes: por un lado, sirve de justificación a la pretendida necesidad de identificar a los sospechosos de ser portadores del virus, y por otro, tiene el efecto de provocar en los afectados la marginación social que les acercará, posiblemente, antes a la muerte social que a la física.

Cuanto menos, resulta paradójica la contradicción que existe en la opinión de ciertos sectores conservadores de la sociedad cuando se manifiestan a favor de medidas discriminatorias y marginatorias para los epidémicos, partiendo en apariencia de la creencia de la fácil transmisión, y otorgando a la vez, el estigma de desviantes a las víctimas de SIDA. La resultante es que, hacer del SIDA un problema de todos es exculpar a todas las víctimas, es eliminar las fronteras entre un «nosotros» y un «ellos» con lo que se difuminaría la posibilidad de un juicio moral.

La epidemia del SIDA tiene que entenderse, desde su propia estructura, como un hecho social que comienza y acaba en sí mismo. Desde esa perspectiva, la comunidad estaría formada por los individuos normales, los heterosexuales, aunque fueran seropositivos y/o con SIDA, y el resto de los «grupos de riesgo». Dualización de la sociedad que paraliza toda la dinámica de progreso y la condena al inmovilismo y a la regresión.

Mixtificación que sobresale en la evidencia, cuando el heterosexual que infectado por el VIH, resulta ser UDVP, prostituta, o

niño/a nacido de madre seropositiva o enferma del virus réprobo. Sin una síntesis posible, la contradicción se queda en una sola parte del modelo hegeliano, para soslayando todo el peso heterosexual, hacer que el toxicómano/a entregue a la sociedad, primero su libertad, luego su vida. Lo hace en las dos condiciones, como adicto a drogas (heroína-cocaína), y luego muere por sobredosis o por adulteración de la sustancia. El hecho de tener que delinquir para conseguir la dosis, le lleva a la cárcel, pero aún en esa situación de privación de libertad puede seguir proveyéndose y continuar con su adicción. Esta paradoja pánica termina en el SIDA, presentándolo ya, no sólo como un delincuente peligroso, para la seguridad ciudadana, por la que la sociedad entera hace responsable, primero al toxicómano y luego al Estado, sino que en la actualidad, son los responsables directos de la epidemia. Se les apalea, se les persigue, se forman verdaderos escuadrones de «ángeles de la muerte», como los del metro en Nueva York, se justifica en la existencia el peligro de la jeringuilla y la aguja en lugares públicos, a edad muy temprana, los niños, los adolescentes ven cómo se pinchan, se forma la idea de la mimetización del problema, la sociedad entera se impresiona. Aparece la paranoia de la hipocresía.

Es posible, pues, legitimar la xenofobia, todos los gitanos son camellos, todos los negros viven de la venta de drogas o todos los colombianos son parte del cártel de Medellín.

De la misma forma, deben crearse nuevos guetos para las prostitutas. Debe erradicárselas de los sitios donde aparezcan, ofreciendo sus vergüenzas, la deshonra, el delito, la culpa moral y religiosa, la desgracia, la miseria humana. Todo ello no debe observarse por el ciudadano «normal», sobre todo ahora que las prostitutas, y deci-

mos las prostitutas, no los usuarios, tienen SIDA, son parte de la epidemia maldita.

El SIDA y sus efectos, de alguna manera, radicalizan esta concepción del Estado hobbesiano que aparece como un antecedente de todo lo que lleva consigo la epidemia. Y es la antagonización a nivel mundial entre países pobres y naciones ricas, industrializados y al margen del mundo y del nuevo orden representados por todos aquellos que no han superado la extrema pobreza, simbolizando la más clara antropofagia de la sociedad por el Estado, produciendo un movimiento telúrico en las bases mismas de su estructura.

Sexualidad y sida

La vía sexual es uno de los indicadores más frecuentes de contagio y transmisión del VIH, convirtiendo el estudio de la sexualidad humana, como algo ineludible y de fundamental transcendencia a la hora de prevenir, planificar y llevar a cabo estrategias tendentes a modificar hábitos de riesgo y promover conductas sexuales de seguridad contra la infección.

La epistemología del comportamiento sexual, resulta de investigaciones de gran complejidad. Hasta no hace demasiado tiempo, los intentos cognitivos sobre temas de sexualidad estaban realizados casi con exclusividad desde las perspectivas del modelo médico o paradigma de carácter moral. La sexualidad humana, siendo un tema central en el desarrollo del individuo y una de sus fuentes de mayor interés, motivación y preocupación, fue primariamente objeto de investigación de las ciencias médicas, que postergaban cualquier otra aproximación al tema. Igualmente, los intentos chocaron con numerosas trabas morales que consideraban inapropiados estos estudios e incluso dañinos para el desarrollo moral de la per-

sona. El profesor Julio Iglesias de Ussel recoge varias citas que resultan más o menos anecdóticas sobre las reacciones controvertidas que encontraron diversos estudiosos de reconocido renombre en algunos medios institucionales y clericales ante la presentación de sus trabajos o simplemente ante el conocimiento de su interés en estos temas¹.

Sin embargo, pese a las resistencias individuales, las dificultades socioculturales y los impedimentos institucionales, se han ido incorporando al objeto de estudio de la sexualidad, aportaciones intelectuales de diversas áreas de conocimiento, imposible de obviar desde la interdisciplina científica.

Las teorías respecto a la sexualidad desarrolladas por figuras como Schelsky, Mead, Malinowski, Simmel, Freud, Reich, Marcuse, etc., si bien es cierto que algunas de ellas no son coincidentes con nuestra propia idea sobre el tema, es innegable que han propiciado y abierto un campo que se encontraba atrapado por importantes reduccionismos (fundamentalmente entender la sexualidad exclusivamente desde la óptica de la procreación o desde el ordenamiento ético). De cualquier forma, los resultados de estas teorías arrojaron con sus datos y hallazgos, luz sobre una comprensión más amplia de la actividad sexual del hombre y la mujer. Así, se empezó a entrever con claridad que la sexualidad está profundamente afectada por modelos psicológicos personales y por canalización social, y por tanto puede adoptar diferentes formas y expresiones bajo distintas condiciones individuales y sociales.

El comportamiento sexual tiene una especial significación científica para el desa-

¹ IGLESIAS DE USSEL, J. (1983) «La sociología de la sexualidad en España: Notas Introdutorias» en Revista REIS nº 43.

rollo de la vida, ya que conduce a la continuidad de la especie. Es considerado como un fenómeno biológico, a la misma altura que otras precisiones vitales para el individuo como alimentarse o dormir. Justamente esta condición biológica, induce a buscar fundamentos de la conducta sexual que permitan responder a otras preguntas relativas a los resortes que la mueven o la inhiben, las motivaciones, la capacidad de expresión y a la vez la represión condicionada y modulada muchas veces por los patrones y pautas imperantes en el medio sociocultural del individuo.

La afirmación que sólo conceptualiza en categorías biológicas la sexualidad del ser humano aparece como desmedida. Sin embargo, así, definida, provoca la suposición o la evidencia de que no es algo simplemente biológico, sino algo diferente y, al mismo tiempo, divergente. Una parte importante de los investigadores de la sexualidad, demuestran que los comportamientos sexuales, se hallan enmarcados entre lo social y lo cultural, por tanto, diferente entre las distintas sociedades históricas, dando identidad formal a toda la teoría y experimentación del campo antropológico relacionado con la sexualidad humana.

Es innegable que los seres humanos no desarrollan su estructuración sexual en conexión exclusiva como resultado de una herencia genética y biológica, sino que, sometidos a los patrones de aprendizaje sociocultural, se enseña y aprende, qué actividades sexuales son permisibles y adecuadas, cuáles son «naturales» o «normales», y cuáles propician las conductas desviadas de las normas sociales.

Esta contradicción la plantea el profesor Miguel Beltrán con indicadores que clasifica como continuidad-discontinuidad, integración y reproducción cultural y social, desintegración o desviación y cambio². Esta si-

tuación ambivalente llega al estado central en el «momento de reproducción» versus «momento de transformación», donde una garantiza la continuidad social, mientras la otra, subvierte valores, normas, símbolos, ideas y creencias, sin indiscriminación. Múltiples trabajos posteriores demuestran que el comportamiento sexual tradicional tiende al abandono de posicionamientos conservadores entre jóvenes y adultos, suavizándose los controles morales, religiosos, familiares o del propio grupo social. Valor intrínseco tiene todo aquello que se corresponda entre el aumento de «hacer el amor», con la despreocupación ante las enfermedades de transmisión sexual, en general, y el SIDA en particular, explicación conceptual y central, que ocupará gran parte del capítulo.

Es menester, sin embargo, algunas consideraciones previas, dentro de la bibliografía de corte social que se halla en la literatura sobre el tema. A nivel mundial se concede especial reconocimiento a la enorme cantidad de datos sociológicos, recopilados desde 1939 hasta 1952 por Kinsey y col., donde a través de encuestas y entrevistas a la población norteamericana, consiguieron reflejar los modelos de conducta sexual en los EE.UU., abriendo las puertas al estudio y la investigación de la respuesta sexual humana, sin olvidar variables de tipo social. Partiendo del conocimiento de esa investigación, pero considerando que el estudio no recogía la respuesta fisiológica y psicológica a la estimulación sexual, en 1954 se inició en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, el estudio, dirigido por Masters y Johnson, y que duraría años, sobre la anatomía y la fisiología de la

² BELTRAN, M. (1984). «La subcultura juvenil». En *Juventud Española 1960/1982*. op. cit. pp. 178-179.

respuesta sexual humana. Masters y Johnson declaran que sin el «adecuado sostén de la fisiología sexual básica, la mayor parte de la teoría psicológica continuará siendo una teoría, así como la mayor parte del concepto sociológico seguirá siendo un concepto» justificando así dicho estudio, estableciendo la anatomía de la respuesta a la estimulación sexual y registrando variables individuales y fisiológicas masculinas y femeninas, además de la respuesta sexual geriátrica. Todo ello se llevó a cabo a través de un exhaustivo interrogatorio (médico, social, psicosexual) en sujetos de estudio y de población general³.

Las investigaciones de Kinsey y las de Masters y Johnson se han convertido, por la magnitud de sus aportaciones, en referencias obligadas dentro de las publicaciones que, con rigor, se manejan en temas sexológicos. Sin embargo, con criterios teórico y metodológicos diferentes Hyman y Sheatsley señalan que, desde la metodología cuantitativa y sobre modelos descriptivos, el «Informe Kinsey», se circunscribe a desglosar los datos estadísticos para varios grupos de población, tratando de explicar e interpretar de modo unilateral los descubrimientos sobre el comportamiento sexual⁴. Es decir, al determinar cuál es el proceso causal, han divagado en una serie de nuevas especulaciones, donde carecen para tal estructuración empírica de datos sobre los factores psicológicos y otros auxiliares de fundamental condicionamiento sociológico.

El ejemplo, que presentan ambos autores en relación con el señalado informe, les lleva a indicar como no se ha inferido en cuestiones tales como que «las relaciones homosexuales entre hombres, tanto solteros como casados son, a veces, un sustituto de contactos heterosexuales menos accesibles». «Tanto los hombres solteros como los casados, eligen, de modo deliberado, la

homosexualidad como fuente preferida de satisfacción, y buen número de personas sin distinción de estado civil, que realizan a la vez experiencias heterosexuales y homosexuales en la misma época, aceptan la homosexualidad simplemente como una clase diferente de satisfacción sexual»⁵. Esta información mucho más cercana a técnicas de análisis de psicología social, como historias de vida u otros modelos cualitativos, trabajos de contenido representacional o sobre estructuras de prototipos, se hubiesen acercado con enorme precisión a toda la problemática sexual del SIDA con muchos años de anticipación^{6,7}.

La aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana como una epidemia transmitida por la sangre, las relaciones sexuales sin medidas de prevención al VIH, el contagio perinatal de la madre infectada o enferma de SIDA sobre su hijo/a, terminan por alejar una parte importante de las tesis formuladas por Kinsey y colaboradores. Como detalle epidemiológico indicamos que los estudios del científico denotado, coincidieron con la aparición de los antibióticos que acababan con la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual. Paradójicamente, actualmente existen los medicamentos contra esas patologías sexuales, sin embargo, cien millones de personas en el mundo se infectan por año de enfermedades transmitidas sexualmente fundamental-

³ Masters y Johnson (1978) RESPUESTA SEXUAL HUMANA Ed. Intermédica, Buenos Aires, pp. V-VII.

⁴ Herbert Hyman (1984) op. cit., pp. 165-166.

⁵ Herbert Hyman (1984), ibídem.

⁶ Blanco A., Sánchez, F. y Penin, ML. (1992) Categorización social del SIDA. Ponencia Reunión Nacional sobre Transmisión Heterosexual del SIDA. Sevilla.

⁷ Páez, D. et al (1991) SIDA: Imagen y Prevención. Fundamentos, Madrid.

mente en países casi por completo indigentes. Reflexión que permite pensar que con el SIDA, podría ocurrir otro tanto cuando se descubra la vacuna y una terapéutica definitiva contra el virus. Hambre, sed, extrema pobreza, ahora el SIDA replantea la existencia misma de gran parte de los seres humanos del mundo marginal.

Concomitante con estos trabajos estrictamente científicos, a partir de los años 60 y 70 se empiezan a multiplicar las publicaciones relacionadas con temas sexuales, sin embargo, con este desarrollo se produce una situación paradójica. Por una parte se trata de una materia de reconocida importancia y preocupación a nivel general, se sabe que la publicación de estos temas tiene asegurada la rentabilidad de su explotación comercial, pero, sin embargo, hay que reconocer que todo ello no se ha traducido significativamente en un conocimiento y comprensión suficiente y aceptable de la sexualidad del ser humano sobre indicadores de población general. Es decir, a pesar de la gran cantidad de bibliografía que existe actualmente a nivel divulgativo y a escala científica, se tiene la certeza que aún medido sobre parámetros opináticos diversos se juzgaría que falta información, que los conocimientos actuales sobre el sexo no son todavía satisfactorios, ni suficientemente tratados con profundidad. El propio Instituto Kinsey de la Universidad de Indiana (EE.UU) ha publicado el libro «The Kinsey Institute New Report on Sex» en el cual se combina las investigaciones de Kinsey con los resultados de una encuesta de 18 preguntas sobre sexo, realizada a 2.000 norteamericanos adultos. Los resultados fueron que sólo el 45% de los encuestados consiguió «aprobar» el examen, contestando correctamente a 10 de las preguntas formuladas, dejando por tanto esa encuesta, en evidente inferioridad educativa sobre el sexo a la población general estadounidense.

En lo que se refiere a España, puede consultarse un excelente trabajo de revisión bibliográfica sobre la sociología de la sexualidad, ya citado, publicado por J. Iglesias de Ussel en 1983. En esta publicación se aborda el análisis de la configuración de la sexualidad española, examinando algunos acontecimientos -como por ejemplo, el influjo de la cultura árabe, el papel de la Inquisición, las posturas del movimiento anarquista, los cambios durante la II República y los cambios en la sexualidad durante el franquismo- con sus vinculaciones con la sexualidad. Los últimos trabajos recogidos por Iglesias de Ussel, son agrupados en cinco apartados: impresionistas o costumbristas; jurídicos; médico-psicológicos; sociológicos y críticos donde se va realizando un repaso de las publicaciones más importantes dentro de cada uno de estos sectores. En opinión de este autor y después de efectuada la revisión bibliográfica, los estudios sociológicos sobre sexualidad en España cuentan con las siguientes características generales:

«-Se trata, sobre todo, de estudios de actitudes y no de comportamientos.

- Abordan especialmente la sexualidad individual y no en pareja.

- Buena parte de los estudios examinan las actitudes ante la sexualidad entre estudiantes, principalmente universitarios. Por tanto, inciden sobre la clase media y alta.

- Lo anterior explica que se haya prestado más atención a la sexualidad prematrimonial que a la matrimonial.

- La misma razón explica la concentración de estudios sobre la sexualidad de los jóvenes, y no de los adultos de todos los estados civiles.

- La mayoría se centran en la heterosexualidad y

- En buena parte los estudios sobre sexualidad están vinculados al análisis del control de natalidad»⁸.

Como puede observarse, a pesar de que el primer caso de SIDA en España se produce en el año 1981, el profesor Iglesias de Ussel, en su magnífica revisión histórica, cultural, psicológica, sociológica con contenidos originales en todos los campos, deja de lado la epidemia de mayor trascendencia sexual de nuestro siglo. Es que para entonces, año 1983, cuando escribe el texto referenciado, el SIDA, o bien era desconocido para gran parte de los ciudadanos del mundo en general, o pertenecía a «grupos», en su mayoría «de riesgo», que nada tenía que ver con tratados sobre sexualidad humana normal o aún patológica. El VIH positivo en homosexuales y UDVP superaba cualquier prueba intelectual que recayese sobre un tratamiento específico en sexualidad y SIDA. En España se estudiaba para entonces, mucho más el síndrome tóxico que el de inmunodeficiencia adquirida, situación poco a poco revertida, hasta dejar en el olvido (salvo manifestaciones testimoniales a cargo de los propios afectados), a los miles de personas contaminadas por el aceite de colza.

Población heterosexual española. Comportamientos de riesgo

El análisis específico del comportamiento sexual en personas con características heterosexuales y su riesgo de infección por el VIH, ha sido uno de los motivos fundamentales en la investigación sobre sexualidad y SIDA que el autor de este capítulo ha desarrollado en una parte de la Tesis Doctoral (1991). La hipótesis sobre heterosexualidad y SIDA que se deduce de la investigación, no confiere al estudio de la sexualidad el único tema central de la misma, pero es innegable que aborda la idea desde una

perspectiva de parcialidad que justifica ser expuesta a la opinión de los lectores. Por otra parte, se considera, que el gran acopio de datos básicos para el análisis de la sexualidad obtenidos mediante las preguntas relacionadas con: las *prácticas sexuales* (masturbación, coito, estimulación bucal, etc.); con su *frecuencia* (desde nunca, a veces, siempre); con las *preferencias* (compañeros, lugares, dificultades, etc.); con la *satisfacción* (autosatisfacción, con la pareja, fuera de la pareja, etc.); con la *actividad sexual* (número de parejas sexuales a lo largo de la vida); con el *conocimiento de métodos anticonceptivos* y de la prevención con las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS); con las *opiniones* que les sugieren otro tipo de sexualidades diferentes a la del encuestado, desagregado entre variables y categorías demográficas, educativas, económicas. Finalmente, patrones sociales y psicológicos, etc., completan un amplio estudio.

Todo ello ofrece sin duda, una casuística de gran interés sobre la sexualidad de la población general española. En ella incluimos finalmente, los cambios sexológicos producidos a causa del SIDA, las resistencias ante la modificación de hábitos de riesgo y al impacto que la aparición del virus de inmunodeficiencia humana ha originado dentro de la mayoría de ciudadanos españoles que manifiestan prácticas heterosexuales. Concluimos diciendo que la sexualidad y el SIDA, conforman un binomio de enorme transcendencia, donde hallan explicación las variables que como objeto de estudio se plantean en parámetros que conceptualizan la educación sexual y sanitaria, la preven-

⁸ Julio Iglesias de Ussel, (1983) LA SOCIOLOGIA DE LA SEXUALIDAD EN ESPAÑA: NOTAS INTRODUCTORIAS, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, REIS nº 43, p. 122.

ción y la anticipación social frente a las poblaciones expuestas a la epidemia por contagio heterosexual.

Al adentrarnos en el comportamiento sexual de la población española hemos comprobado que se caracteriza por el predominio de las pautas de conductas tradicionales y por un alto grado de complacencia o de satisfacción en las relaciones sexuales. Así, preguntados en qué grado se encuentran satisfechos con su sexualidad, el 60 por ciento de los ciudadanos las valoraban como muy y bastante satisfactorias, mientras que dentro de las categorías de indiferente, insatisfecho y muy insatisfecho se sitúan el 33,2% de la muestra. Estos porcentajes son menos positivos que el 66,8 y 27,5% respectivamente, recogidos por Malo de Molina, Valls Blanco y Pérez Gómez en Julio de 1986, a una población de 2.500 españoles a los que se sometió a la misma pregunta⁹.

En las respuestas que ha dado el colectivo heterosexual sobre el número de personas distintas con el que ha mantenido relaciones sexuales completas, se observa tanto el predominio general del conservadurismo como la existencia de importantes minorías relativamente avanzadas. El mayor porcentaje del cómputo corresponde al total de personas que manifiestan haber sostenido relaciones completas con una persona (35,8%), el 25% dicen haberlas tenido con un mínimo comprendido entre 2 y 5, el 14,5% con un número entre 6 y 20, y el 8,5% hacen referencia a cifras superiores. A lo largo de la vida de un hombre o una mujer cinco parejas diferentes no parecen significar nada excesivo dentro del comportamiento sexual del ser humano en general. Sin embargo, es un hecho controvertido y sobre todo opinable. En cuanto al SIDA, que el 70% de toda la población española se caracterice dentro de esos parámetros permitiría pensar que, desde un punto de vista

epidemiológico, representan indicadores fácilmente controlables en relación al VIH y su contagio.

Existe sin embargo, un espacio a considerar representado por la diferencia entre el comportamiento de los hombres y el de las mujeres. El 62,5% de estas últimas dicen haberse constreñido a una única pareja o no haber mantenido ninguna relación sexual. Esta categoría la mantienen sólo el 22,9% de los hombres. En este punto se cruzan, sin duda, las nuevas pautas de liberalidad sexual con la moral tradicional del varón. Es un hecho socialmente aceptado que el hombre puede mantener cierto número de relaciones sexuales con compañeras diferentes. De algún modo en amplios sectores de nuestra sociedad son motivo de orgullo y vanidad varonil, se acepta con mayor permisibilidad la infidelidad y el acceso a la prostitución, existiendo una incidencia negativa en la extensión del SIDA en la población general, cuando se concibe como práctica de riesgo. Nos referimos a la falta de medidas de prevención hacia enfermedades de transmisión sexual. De hecho, aunque los indicadores sobre prevalencia e incidencia entre portadores y enfermos de SIDA han variado, con un aumento progresivo en el número de mujeres contagiadas, el varón sigue ocupando un lugar preferente cuya casuística es 5:1 por diferencia de sexo hombre-mujer.

La estimulación oral de los genitales suele ser una experiencia, al menos ocasionalmente, más realizada por el hombre que por la mujer. Según Kinsey, Pomeroy y Martín, el 45,3% de los hombres de educación su-

⁹ Carlos Malo de Molina, José M^a Valls Blanco, Antonio Pérez Gómez (1988) LA CONDUCTA SEXUAL DE LOS ESPAÑOLES, Ediciones B, Serie Reporter, Barcelona, p. 120.

perior y el 4,1% de los que poseen educación escasa, han estimulado bucalmente los genitales femeninos. Los resultados de nuestro trabajo ofrecieron que en el caso de la estimulación bucal fálica, el porcentaje baja, y un 58% lo evita completamente. Finalmente, en el estudio de Carlos Malo de Molina y cols realizado en 1985, sobre una muestra de 402 estudiantes de la Universidad de Córdoba, se obtuvo que el cunnilingus lo habían practicado el 36,2% de los encuestados y la fellatio el 34,1% de los respondientes¹⁰.

Esta variable se acentúa en función de riesgo epidemiológico cuando la tercera parte de los hombres reconocen haber realizado la eyaculación oral, si bien, pocos de ellos manifiestan hacerlo siempre o a menudo. Nos encontramos pues, con una minoría importante con pautas de hábitos sexuales que suponen un acercamiento a las prácticas de riesgo. En realidad, esta «minoría» se convierte, en algún grupo de edad, en «mayoría». El 52,7% de los hombres de 22 a 28 años han realizado la polución bucal. Un 12,7% dicen hacerlo siempre o a menudo y un 17,5% la practican a veces.

Para los españoles, las relaciones sexuales van acompañadas necesariamente de la realización del coito vaginal, especialmente para los grupos de edad más activos sexualmente. Este dato concuerda con la observación de Beach y Ford en su investigación sobre sociedades humanas y animales, en la cual comprobaron que, existía cantidad y variedad de estimulación previa antes del coito, pero ninguna de ellas servía como sustituto del mismo. El coito es la principal actividad practicada¹¹.

Sólo el 9% de los estudiados refirieron que cuando tienen relaciones sexuales no realizaban el coito vaginal o lo hacían sólo alguna vez. Estos se nutren básicamente

entre los grupos de edad más joven (menores de 19 años) y más viejos (mayores de 51 años). Para los restantes las relaciones sexuales se asocian al coito. Por lo visto hasta ahora, el coito vaginal es la práctica sexual por excelencia de la población española, mientras que las relaciones sexuales con un número excesivamente alto de personas y la eyaculación oral esporádica (es decir, realizada «a veces») son comportamientos sexuales que corresponden a minorías numéricamente importantes. Sin embargo, se analizarán a continuación las cifras correspondientes a dos conductas hacia las que la población manifiesta un claro distanciamiento: la penetración anal y la realización de relaciones sexuales con varias personas a la vez.

En lo referente al primer punto, el 10,4 por ciento de los hombres manifiestan haber realizado la penetración anal. Entre los que responden afirmativamente, destacan claramente los que lo han hecho «alguna vez» o «a veces», frente a los que responden «a menudo» o «siempre». Los más activos en este apartado son, sorprendentemente, los jóvenes entre 19 y 21 años. De la misma forma, el 6,9 por ciento manifiestan haber tenido relaciones sexuales con varias personas a la vez. El porcentaje de los que declaran hacerlo siempre o a menudo no llega al 1 por ciento. Como corolario a esta parte del capítulo podemos concluir que las conductas sexuales de los españoles son conservadoras en la mayor parte de los casos, si bien hay colectivos importantes que ensayan prácticas peligrosas o desarrollan conductas más propensas a riesgos en relación al SIDA, que aconsejan mayores es-

¹⁰ Carlos Malo de Molina et al., op. cit., p. 62.

¹¹ Beach y Ford, (1978) CONDUCTA SEXUAL, Ed. Fontanella. Barcelona. p. 56.

fuerzos en la prevención y educación sexual y sanitaria.

Sin embargo, lo fundamental del comportamiento sexual de los españoles -y probablemente también la clave que explica las actitudes de los mismos hacia el fenómeno SIDA- se encuentra en la importancia dada a la pareja como eje central de la vida sexual, especialmente en el caso de las mujeres. En el estudio realizado por SIGMA 2 a público en general en 1987, reveló que el 80,9% de los varones y el 89,7% de las mujeres, activos sexualmente en el momento de la encuesta, manifestaron mantener únicamente relaciones sexuales con su pareja estable, considerando este tipo de relación como satisfactorio y beneficioso para sus vidas¹².

Nuestro informe, realizado algunos años después, ha podido legitimar que el 70% de la población española tiene pareja estable y que otro 15% la ha tenido. Si discriminamos los grupos de edad más jóvenes, estos porcentajes se elevan aún más. Todos los grupos por encima de los 22 años presentan casuísticas superiores o muy cercanas al 90% en la suma de las dos categorías citadas. Esto no excluye la infidelidad de los españoles, que en parámetros estadísticos alcanza el 38% entre hombres y el 16% entre féminas, localización fundamental entre las edades que se describen a lo largo de todo el capítulo, decenio que va de los 20 a los 30 años.

Educación sexual y sanitaria

La formación en educación sexual y sanitaria apenas si existen en España, mucho menos, dirigida a edades precoces y a adolescentes. La vinculación del medio ambiente, la ecología, la calidad de vida, se resisten a adecuarse a modelos de referencia primaria en la idea de la educación popular

y comunitaria. El SIDA, una epidemia de consecuencias devastadoras contra la humanidad, ha encontrado a la población española inerme. Basten como introducción algunos datos esclarecedores.

La mayoría del conjunto de los españoles conocen lo que es un preservativo. Sin embargo, existe una proporción alta de la población que tiene dudas de cómo se utiliza. Se confunden los métodos barreras para no concebir hijos, con los que cumplen una función de prevención de ETS, incluido el SIDA. La práctica de «marcha atrás» o la «pildora» se asocia a la prevención de ETS. Hay creencias «ingenuamente peligrosas» como la de que hacer el amor de pie, con penetración vaginal sin profiláctico, no puede ocasionar embarazo. Aún mayor gravedad significa continuar manteniendo la creencia de que a la mujer joven y virgen se la debe penetrar por el ano para no acabar con su virginidad. Se ha observado en nuestro estudio cómo los más jóvenes menores de 19 años, hombres y mujeres, son los que realizan con mayor frecuencia el sexo anal. Resulta una forma práctica de evitar embarazos, mantener en el anonimato penetraciones en mujeres vírgenes, la no necesidad de la utilización del condón aunque todo ello acarree innumerables consecuencias sexuales y sanitarias incluyendo la propagación de la pandemia.

Otros indicadores preocupantes señalan embarazos no deseados, abortos, ETS, y ahora el SIDA, partiendo de las consecuencias de la carencia casi absoluta de educación sexual, además de una hipocresía social, cultural y política desmedida. la víctima es, paradójicamente, la sancionada, a la que se señala, estigmatiza y margina, en una creación de la sociedad, propiciatoria de

¹² Carlos Malo de Molina et al., op. cit., p. 65.

prácticas de riesgo y de hábitos que en lugar de prevenir la acerca al SIDA.

Desde una perspectiva sociológica, abundan en España los trabajos elaborados sobre un aspecto parcial de la sexualidad, y muy concretamente las investigaciones sustentadas por análisis demográficos y control de la natalidad.

En los inicios del siglo XX se emprende, desde algunas instituciones y autores, la recogida de datos y perspectivas relacionadas con usos, costumbres y prácticas sobre la sexualidad en España. Pero es, en las décadas de los 50 y los 60, donde se realizan los primeros estudios abordando aspectos de control de natalidad, relaciones pre o extramatrimoniales entre universitarios de la población general. Las investigaciones llevadas a cabo durante la década de los sesenta son el fiel reflejo del desarrollo científico sobre esa problemática, hasta entonces ignorada¹³.

En 1983, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) realizó una encuesta de carácter nacional, donde se recogía información sobre: A) Conocimiento de métodos anticonceptivos; B) Opinión del más utilizado en España; C) El más eficaz; D) De cuál había sido usuario y E) Cuáles de ellos creía que no estaban permitidos por la Iglesia Católica¹⁴.

Analizando los resultados de esta encuesta se observa que para los españoles entrevistados a finales de 1983, el método anticonceptivo más utilizado era la administración de píldoras por parte de la mujer, que es consecuentemente, el sistema considerado más seguro y eficaz de todos los presentados; el 15% se refieren al preservativo como barrera más aplicada para evitar el embarazo, y estimado además por el 6% de la muestra como el más fiable. En porcentajes aún menores son empleados otros

anticonceptivos como la interrupción del acto sexual (10%) y el Ogino (7%), este último, apreciado como de los menos válidos contra el embarazo, es sin embargo el que se conoce como más permitido por la Iglesia Católica.

Algunos años después, nuevamente el C.I.S. consultó a los ciudadanos mayores de 18 años sobre los mismos métodos anticonceptivos presentados en la consulta anterior^{15, 16}. Los porcentajes de conocimiento sobre métodos anticonceptivos han seguido elevándose, excepto los que habían sido considerados como menos eficaces contra el embarazo. La píldora y el preservativo, por este orden, son los más utilizados y respecto a la implicación moral de su uso, todos sin excepción son mayoritariamente estimados como moralmente aceptables en la opinión de la población general española.

¹³ Cf. Iglesias de Ussel, op. cit. 122 y ss.

Enrique Tierno Galván y P. Lucas Verdú ENCUESTA ACERCA DE LA MENTALIDAD PRENUNCIAL DE LOS UNIVERSITARIOS DE SALAMANCA en Boletín Seminario Derecho Político de Salamanca núms. 10-12, 1956 pp. 249-264.

Salustiano del Campo, «LOS MEDIOS ANTE EL PROBLEMA DE LA LIMITACION DE LA NATALIDAD» REOP, núm. 1, 1965.

L. González Seara y Díaz Nicolás «PROGRESISMO Y CONSERVADURISMO EN EL CATOLICISMO ESPAÑOL» Anales de Sociología, núm. 1, 1966.

Amando de Miguel (1966) LOS JOVENES ANTE EL NOVIAZGO Y EL MATRIMONIO Revista Instituto Juventud, núm. 4.

L. Falcón y E. Bayo (1966) ENCUESTA SOBRE EL SEXO MASCULINO Índice, Madrid, núm. 214-215.

¹⁴ Estudio del CIS núm. 1.368, realizado del 4-6 Octubre de 1983.

¹⁵ Estudio del C.I.S. núm. 1.474, realizado en el último trimestre de 1985.

¹⁶ Estudio del CIS nº 1.749, realizado en Junio de 1988.

Habiendo transcurrido gran parte del capítulo, al lector interesado en la investigación que presentamos, le resultará atractivo conocer los últimos rasgos sexuales que vinculan directamente a los heterosexuales españoles con la higiene sexual que de ellos se infiere, a las revisiones médicas sobre especialidades ginecológicas, urológicas, o de enfermedades venéreas y a la utilización de la prostitución como hechos de mayor importancia frente al SIDA.

En primer lugar, algo más del 45% de los hombres y mujeres de nuestro estudio no utilizaban ningún método de higiene al realizar el acto sexual. Si a esto agregamos que manifiestan emplear el preservativo un poco menos del 40% de los consultados, eleva de forma alarmante todo cuanto tenga que ver con la epidemiología del SIDA. El segundo punto de interés puede verse en la escasa frecuencia con la que los españoles pasan revisiones médicas relacionadas con el sexo. En realidad, cerca de las dos terceras partes de la población no las realiza nunca. Para los hombres este porcentaje se eleva al 84,2%. De todas formas, cerca de la mitad de las mujeres no acceden a la prevención sanitaria, sobre una de las causas de mayor incidencia y prevalencia dentro de los aspectos de morbimortalidad relacionados con algunos tipos de patología grave, como cánceres (útero, mamas, etc.), verbi-gracia, el síndrome de inmunodeficiencia humana.

En cuanto a los métodos anticonceptivos utilizados la problemática sigue siendo importante. Un 28,4% ha manifestado que no usaba ninguno, si bien este porcentaje se reduce hasta el 14,4% y el 12,4% para las cohortes de 22 a 28 y de 29 a 31 años, respectivamente. El procedimiento más utilizado es el preservativo (39,2%), seguido de la marcha atrás (13,3%) y de la píldora (11,1%). Esta última es algo más recurrida por los

españoles de 22 a 28 años. La quinta parte de los encuestados de este tramo de edad, son habituales en esta costumbre sexológica. Los restantes sistemas anticonceptivos no aparecen como referencias de alta significatividad.

Se incluye entre estos el método Ogino, el D.I.U., la ligadura de trompas, y la vasectomía. Un 6% de la muestra utiliza como único medio anticonceptivo el lavado inmediato posterior al acto sexual.

El recurso a la prostitución es bastante común entre los hombres españoles. Sólo la mitad de ellos confiesa no haber pagado nunca por obtener relaciones sexuales con una profesional. Dentro del grupo de los que han utilizado la prostitución, son pocos los que lo han hecho una sola vez. Hay bastantes que han acudido más de 6 veces. Un 3%, ha mantenido más de 21 relaciones sexuales con prostitutas distintas.

La media española es comparable, aunque ligeramente superior, al caso de algunos países europeos con consumo del amancebamiento. Siendo un factor de riesgo elevado, se ha comprobado que, una proporción significativa de usuarios exigen de la prostituta todo aquello que como relaciones sexuales comportan mayor peligro. Eyaculaciones orales, penetraciones anales, coito sin preservativo, suponen un hábito y la mínima exigencia que la meretriz debe cumplir con el cliente so pena de quedarse sin trabajo.

En el país vecino, Francia, según el informe de Pierre Simon «Rapport sur le comportement sexuel des Français», el 33% de los hombres mayores de 20 años, declaran haber tenido relaciones sexuales con una prostituta. El número de prostitutas con las cuales los interesados declaran haber tenido relación es de una media de 7,8 por ciento. Este número se eleva con la edad y

alcanza a 10,1 entre los mayores de 50 años¹⁷.

La heterosexualidad camino al año 2000

Aún hoy el SIDA es un asunto de «otros», es un problema de homosexuales, prostitutas o drogadictos. El conocimiento de las vías de transmisión, siendo aceptable, sirve a lo sumo, para conocer bajo qué circunstancias el contacto con esas personas maldecidas por el SIDA puede ser potencialmente peligrosas. Pero, en última instancia, el problema es ajeno y debe preocupar fundamentalmente a los que provocan la epidemia, a los infectados, fuera de las leyes sociales y de las normas morales y éticas¹⁸. Todos aquellos/as que propician el delito de estar enfermos, de ser culpables de la extensión de la mayor pandemia que asola el mundo de hoy.

Sin embargo, como se ha puesto ya de relieve en este capítulo, también la población general no es ajena a las prácticas de riesgo, ya que en definitiva no se trata de ser o no ser homosexual, toxicómano, prostituta, sino de exponerse a las vías de transmisión del VIH sin las medidas de prevención. Todo indica que, finalmente, el SIDA se localizará de manera dramática en países de gran pobreza y sobre la población general heterosexual que no desarrolle hábitos de educación, control y prevención sanitaria, indicadores conceptualizado en este capítulo.

No queremos acabar el informe sin algunas consideraciones finales. En primer lugar, el SIDA ha producido a través de los medios de comunicación social un gran revuelo en tanto que «espectáculo», ha tenido un impacto importante sobre las conductas, hábitos higiénicos y educación sanitaria de los españoles con respecto al sexo.

No podía ser de otra forma. Todo sucedió como un movimiento telúrico, que atrapó al ciudadano en un profundo sueño. Despertar que se transforma en pesadilla por la pandemia. El SIDA es algo que sucede a «otros», que difícilmente nos alcanzará a «nosotros». Se trata de una cuestión externa al grupo. De ahí que no haya que tomar precauciones, que no haya que preocuparse excesivamente. Pero de ahí también que no sea preciso extremar las distancias, enfatizar las diferencias.

En segundo término, todo cambio de hábitos produce en el ser humano una irresistible contradicción, nos referimos al cambio cultural, histórico y social. Esta situación, muchas veces coercitiva, puede incidir en el individuo o en la colectividad. En ambos paradigmas, contará con el rechazo de la mayoría de los así requeridos. El SIDA ocupa un gran espacio, cultural y simbólico, estructural y dialéctico propiciando cambios ancestrales en la vida del hombre en todas las sociedades. Todo lo relativo a la sexualidad, ocupa el centro vital de la persona, sus formas, ritos, condiciones, conductas y tendencias. Veamos un ejemplo: ¿De qué forma se puede influenciar a un africano/a para que reconozca un preservativo y llegue a aceptar su utilización sistemática en su actividad sexual? Si individualmente es difícil incorporar este hábito desconocido, lo fundamental puede estar alejado de su opción

¹⁷ Pierre Simon, citado por Jeanne Peiffer (1988) en la «Bibliografía comentada de los estudios, investigaciones, escritos y testimonio sobre la prostitución, el proxenetismo y la violencia sexual» en CAUSAS DE LA PROSTITUCION Y ESTRATEGIAS CONTRA EL PROXENETISMO editado por el Instituto de la Mujer. Ministerio de Cultura, Madrid, 1988.

¹⁸ SASTRE, J.; USIETO, R. (1992) Revisión sobre Aspectos Psicosociales del SIDA. Publicación Oficial de SEISIDA (en prensa).

personal. Aunque resulte paradójico, la propia obtención del preservativo será tarea imposible en lugares donde no se tiene cubierta mínimamente las necesidades vitales. La necesidad de comer o el hábito de una vivienda elemental, se superponen al cambio de conductas, aunque la muerte por SIDA, aparezca como algo atroz y de pánica tragedia.

Estas situaciones extremas, pero donde se localizan, en la actualidad, millones de infectados y enfermos de SIDA en referencia al continente africano sobre poblaciones heterosexuales tiene relación con el mundo occidental. La regulación y los cambios de costumbres y hábitos sexuales frente al SIDA, resulta una tarea lenta y compleja, donde cohabitan innumerables factores pertenecientes a cada individuo y sociedad.

Concluimos con algunas reflexiones pertinentes. Hasta el momento, la mayor incidencia sobre la necesidad imperiosa del cambio de costumbres y hábitos de riesgo, se situó frente a homosexuales, bisexuales y usuarios de drogas por vía parenteral. Todos los medios de comunicación y la mayoría de las ONG han respondido con energía hacia esas poblaciones expuestas. Nuestro informe sobre la población general española pretende demostrar cómo las prácticas de riesgo heterosexual ocupan un lugar en la epidemia del SIDA excepcionalmente negativo y sobre todo ignorado, cuando todo hace prever que, será la población no sólo del tercer mundo sino también occidental las que mayores índices en prevalencia e incidencia al VIH desarrollarán. Finalmente, será el reto de fin de siglo al que todos, sin excepción, nos vemos abocados.

NORMATIVA QUE REGULA EL RECONOCIMIENTO DE TITULOS DE TRABAJADORES SOCIALES EUROPEOS PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL EN ESPAÑA. (B.O.E. 5.04.95)

ORDEN de 28 de marzo de 1995 por la que se desarrolla el Real Decreto 1665/1991, de 25 de octubre, por el que se regula el sistema general de reconocimiento de títulos de Enseñanza Superior de Estados miembros de la Comunidad Europea, que exigen formación mínima de tres años, en lo que afecta a la profesión de Diplomado/Diplomada en Trabajo Social.

El Real Decreto 1665/1991, de 25 de octubre («Boletín Oficial del Estado» de 22 de noviembre) regula, en aplicación de lo establecido en la Directiva 89/48/CEE del Consejo de las Comunidades Europeas, el sistema general de reconocimiento de los títulos de enseñanza Superior de los Estados miembros de la Comunidad Europea que exigen una formación mínima de tres años de duración.

Las normas objeto de transposición contenidas en el mencionado Real Decreto 1665/1991 han de permitir que los nacionales de los Estados miembros de la Comunidad Europea con cualificaciones profesionales obtenidas en un Estado miembro, análogas a las que se exigen en España para

ejercer una actividad regulada, puedan acceder a ella en nuestro país en las mismas condiciones que quienes hayan obtenido un título español.

De acuerdo con lo dispuesto en las normas de referencia, compete al Ministerio de Asuntos Sociales el reconocimiento de la correspondencia entre los títulos que permitan en España el acceso al ejercicio de la profesión de Diplomado/Diplomada en Trabajo Social y los obtenidos en otros Estados comunicatarios por aquellos nacionales de países miembros que soliciten ejercer en España la misma actividad, así como la regulación de los oportunos mecanismos de compensación previstos para aquéllos casos en los que la formación adquirida en otro Estado miembro comprenda materias sustancialmente diferentes a la exigidas en España o no exista correspondencia entre las actividades profesionales. Todo ello previa consulta, en su caso, con el Ministerio de Educación y Ciencia.

Dicha actuación requiere la instrumentación de un procedimiento al que deberá adaptarse la tramitación de los expedientes

de reconocimiento de títulos, a los efectos previstos en el Real Decreto 1665/1991.

En su virtud, consultado el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, previa aprobación del Ministro para las Administraciones Públicas, y a propuesta conjunta de los Ministros de Educación y Ciencia y Asuntos Sociales, en aplicación de lo establecido en la disposición final primera del Real Decreto 1665/1991, dispongo:

Normas generales

Primero. *Normas procedimentales.*-El procedimiento para el reconocimiento de títulos de Enseñanza Superior de los Estados miembros de la Comunidad Europea, que exigen una formación mínima de tres años de duración y que facultan para el ejercicio de la profesión de Diplomado en Trabajo Social, cuya resolución corresponde al Ministerio de Asuntos Sociales, se regirá por lo dispuesto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, sin perjuicio de las peculiaridades previstas en el Real Decreto 1665/1991, de 25 de octubre, y en la presente Orden.

Segundo. *Contenido de las solicitudes.*-En las solicitudes se instará el reconocimiento de que los títulos expedidos en otros Estados miembros a nacionales de países de la Comunidad Europea se corresponden con el título que permite en España el ejercicio de la profesión de Diplomado en Trabajo Social, y habilitan a los poseedores de los mismos para el ejercicio de las correspondientes actividades profesionales.

Iniciación del procedimiento

Tercero. *Escrito de solicitud.*- El procedimiento de reconocimiento se iniciará a soli-

citud del interesado, adaptada al modelo que se publica como anexo a la presente Orden.

Cuarto. Documentación preceptiva.

1. Las instancias deberán acompañarse de los documentos siguientes:

Títulos o diploma de formación, académico, de nivel superior y título profesional en su caso.

Certificación académica de los estudios realizados por el solicitante para la obtención del título, en la que conste la duración de los mismos en años académicos, o unidad de valoración y las asignaturas cursadas.

Currículum profesional.

Cuando en el Estado miembro que haya expedido los títulos no se regule la profesión correspondiente, documento expedido por la autoridad competente acreditativo de haber ejercido en dicho Estado u otro comunitario la profesión durante dos años, a tiempo completo, en el curso de los diez anteriores.

Documento acreditativo de la nacionalidad de alguno de los países de la Comunidad Europea, mediante pasaporte o documento de identificación suficiente.

Cuando el Estado miembro no haya expedido el título, pero lo haya reconocido, certificado que acredite que el titular tiene una experiencia profesional de tres años, acreditada por el Estado miembro que haya reconocido el título.

Podrá también requerirse al solicitante para que presente certificado de la autoridad competente del país de origen en el que se acredite que el solicitante es un profesional, que cumple los requisitos exigidos por la Directiva 89/48/CEE, para ejercer la profesión regulada y que no está inhabilitado para la misma.

2. Los documentos expedidos por autoridades del Estado miembro de origen deberán ir acompañados de la correspondiente traducción oficial al castellano.

Quinto. *Copias de documentos.*

1. Los documentos originales podrán presentarse acompañados de su copia y se devolverán a los interesados una vez comprobada su autenticidad.

2. Si las copias hubieran sido testimonias ante Notario o por representaciones diplomáticas o consulares de España en el país de donde procede la documentación o por otra persona o entidad que tenga atribuidas facultades para hacer constar su autenticidad, no será necesaria la presentación simultánea del original.

Instrucción

Sexto. *Tramitación de las solicitudes.*- Completada la documentación, la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales, podrá recabar informes de los órganos competentes del Ministerio de Educación y Ciencia y de otros Departamentos cuya actividad guarde relación con la profesión de Diplomado en Trabajo Social, en aquellos casos en que fuera necesario para determinar la analogía entre la formación exigida en España con la recibida por el solicitante.

Dichos informes deberán ser evacuados en el plazo de quince días.

Asimismo, podrá solicitarse informe del Consejo General del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, a fin de comprobar el ámbito de actividades profesionales a que faculta el título.

Los informes indicarán las materias no cubiertas por el título del solicitante.

Terminación del procedimiento

Séptimo. *Contenido de la Resolución.*

1. El procedimiento de reconocimiento de títulos obtenidos en otro Estado miembro finalizará, en el plazo de cuatro meses a partir de la presentación de la documentación completa del interesado, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8.2 de la Directiva 89/48/CEE del Consejo de las Comunidades Europeas, por resolución de la Directora general de Acción Social, adoptada por delegación de la Ministra del Departamento.

En dicha resolución se acordará:

a) El reconocimiento del título que habilita directamente para el ejercicio en España de la profesión de Diplomado en Trabajo Social.

b) El requerimiento de la superación de una prueba de aptitud o período de prácticas a optar por el solicitante.

c) La desestimación de la solicitud.

2. Una vez realizada la prueba de aptitud o finalizado el período de prácticas, deberá adoptarse la oportuna resolución en el plazo máximo de un mes.

Octavo. *Pruebas de aptitud.*

1. Cuando el solicitante opte por la superación de una prueba de aptitud, la Dirección General de Acción Social le notificará al mismo, en el plazo de quince días desde el ejercicio de la opción, su admisión a la celebración de la referida prueba, indicándole que la misma se realizará, previa convocatoria, en los plazos previstos en el punto 5 del presente apartado.

2. La prueba de aptitud, que consistirá en un examen sobre los conocimientos profesionales del solicitante, versará, exclusivamente, sobre un grupo de materias selec-

cionadas de entre aquellas no cubiertas por la formación recibida en el país de origen cuyo conocimiento sea esencial para el ejercicio de la profesión en España.

3. La prueba de aptitud se efectuará por una Comisión de evaluación que estará integrada por: Tres Vocales Diplomados en Trabajo Social pertenecientes a las respectivas profesiones y especialidades, con un mínimo de cinco años de experiencia profesional, que serán designados por la Directora general de Acción Social del Ministerio de Asuntos Sociales, de acuerdo con el Ministerio de Educación y Ciencia, previa consulta de la corporación profesional competente; un Vocal, propuesto por el Consejo de Universidades, entre los Cuerpos Docentes Universitarios, que ejercen la doctrina en áreas de conocimiento relacionados con materias objeto de la prueba; un Vocal funcionario en representación del Ministerio de Asuntos Sociales.

4. La designación del Presidente y Secretario de la Comisión de Evaluación se realizará entre los Vocales funcionarios que se integran en la misma, por la Directora general de Acción Social.

5. La Comisión de evaluación efectuará la convocatoria de las oportunas pruebas con una periodicidad, al menos, de tres meses.

6. La Comisión de evaluación remitirá a la Dirección General de Acción Social el Acta, con el resultado de las pruebas practicadas, el mismo día de la celebración de éstas, notificándosele simultáneamente al interesado.

Los miembros de la Comisión de Evaluación a los que sea de aplicación el Real Decreto 236/1988, de 4 de marzo, sobre indemnizaciones por razón del servicio, podrán percibir cantidades en concepto de asistencia por su participación en las pruebas

de aptitud, de acuerdo con lo previsto en la citada disposición.

El funcionamiento de la Comisión de Evaluación se regirá por lo dispuesto en el Título II, Capítulo II, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Noveno. *Período de prácticas.*

1. Cuando el solicitante opte por la supe-
ración de un período de prácticas, la Dirección General de Acción Social le notificará al mismo, en el plazo de quince días, desde el ejercicio de la opción, el programa específico, duración y centro en el que deban desarrollarse las citadas prácticas.

2. El período de prácticas profesionales al que podrá optar el solicitante en los términos fijados en los artículos 1º.d) 5º. y 7º del Real Decreto 1665/1991, se adaptará a un programa específico cuya modalidad, duración y centro en que se desarrolle se determinará en cada caso, por el Ministerio de Asuntos Sociales, de acuerdo con el Ministerio de Educación y Ciencia, pudiendo el primero solicitar la colaboración del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Las prácticas se realizarán en centros o unidades administrativas dependientes del Ministerio de Asuntos Sociales y organismos adscritos al mismo, que emitirán a su finalización el oportuno informe y calificación, dirigido a la Dirección General de Acción Social.

A la vista del contenido de dicho informe, la Dirección General de Acción Social podrá acordar, en su caso, la repetición total o parcial y por una sola vez del período de prácticas.

Décimo. *Recursos procedentes.* - Las resoluciones previstas en el apartado séptimo

de la presente Orden ponen fin a la vía administrativa y serán recurribles directamente ante la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Undécimo. *Ámbito de aplicación temporal*. - De conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto 1665/1991, de 25 de octubre, el procedimiento regulado en la presente Orden se aplicará a partir de su entrada en vigor, a todos los nacionales de un Estado Miembro de la Comunidad Europea que, estando en posesión de un título superior obtenido en un Estado de la misma, pretendan ejercer en España, por cuenta propia o ajena, la profesión de Diplomado/Diplomada en Trabajo Social.

Duodécimo. *Desarrollo posterior*. - El Ministro de Educación y Ciencia y la Ministra de Asuntos Sociales podrán dictar, en el ámbito de sus competencias, las instrucciones necesarias para la aplicación de lo previsto en la presente Orden.

Decimotercero. *Entrada en vigor*. - La presente Orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 28 de marzo de 1995

PEREZ RUBALCABA

Excmos. Sres. Ministros de Asuntos
Sociales y de Educación y Ciencia.

COLECCION 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 pesetas.

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»

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 Ambito 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 pesetas.
3. Trabajo Social en los Servicios Sociales comunitarios. 950 pesetas.
4. El trabajador social en los servicios de apoyo a la Educación. 950 pesetas.

Serie «Textos Universitarios»

1. Los Centros de Servicios Sociales. Conceptualización y desarrollo operativo. (Agotado).
2. Procedimientos y proceso en Trabajo Social Clínico. 950 pesetas.
3. Aproximaciones al Trabajo Social. 2.275 pesetas.

Distribuye:

Siglo XXI de España Editores
Calle Plaza, 5 28043-MADRID
Teléfono (91) 759 48 09

Venta directa:

– Librerías especializadas
– Consejo General de DTS y AA.SS.
Calle Campomanes, 10
28013-MADRID
Teléfonos (91) 541 57 76 - 541 57 77

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:

- 1º Que su difusión haya sido en algún medio de difícil acceso a los Diplomados en Trabajo Social.
- 2º 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.

SUSCRIPCIONES

Tarifas 1 año (4 números)

1994

Estudiantes o colegiados

2.700 Ptas.

Resto

3.100 Ptas.

Extranjero

3.900 Ptas.

SUSCRIPCIÓN AÑO 1994

NOMBRE

DIRECCIÓN

POBLACIÓN

C.P.

PROVINCIA

TELÉFONO

Es colegiado o estudiante

(Aportar fotocopia carnet correspondiente)

Sí ☐

No ☐

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 al Consejo General.

ENVIAR ESTE BOLETÍN A:
revista de

SERVICIOS SOCIALES Y POLÍTICA SOCIAL

Campanas, 10 - 1.º
28013 MADRID

DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA

Banco

Domicilio de la agencia

Población

Titular de la cuenta

.....

Número de la cuenta

Entidad:	Código cuenta cliente (CCC)
Ofic.	DC
	Núm. de cuenta

Sírvase tomar nota y 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)

